



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Enfermería

Factores asociados a la resiliencia en pacientes con tuberculosis en centros de salud de Lima – 2019

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Eliced Yovana GALARZA LOAYZA

ASESOR

Mg. Tula Margarita ESPINOZA MORENO

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Galarza E. Factores asociados a la resiliencia en pacientes con tuberculosis en centros de salud de Lima – 2019 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2020.

Hoja de metadatos complementarios

Código ORCID del autor	0000 - 0002 – 0116 - 1493
DNI o pasaporte del autor	46549833
Código ORCID del asesor	http://orcid.org/0000-0002-1825-00971
DNI o pasaporte del asesor	08019227
Grupo de investigación	“SEUNMSM” Sociedad y Estadística Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Agencia financiadora	Ninguno
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Lugar Perú, Lima, Jirón Ica 768, Cercado de Lima 15001 Coordenadas geográficas 12°02'34.0"S 77°02'19.9"W -12.042778, -77.038861 Perú, Lima, Jirón Conde de la Vega, Cercado de Lima 15079 12°02'20.6"S 77°03'01.7"W -12.039056, -77.050472
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019
Disciplinas OCDE	Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03 Salud pública, Salud ambiental https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD VIRTUAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA ENFERMERA**

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN 24/04/2020

HORA INICIO : 09:00 hrs.

HORA TÉRMINO : 10:00 hrs.

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Dra. Mery Soledad Montalvo Luna

MIEMBRO : Mg. Silas Hildeliza Alvarado Rivadeneyra

MIEMBRO : Mg. Edith Noemí Calixto de Malca

ASESOR : Mg. Tula Margarita Espinoza Moreno

3. DATOS DEL TESISISTA

APELLIDOS Y NOMBRES : Eliced Yovana Galarza Loayza

CODIGO : 10010300

R.R. DE GRADO DE BACHILLER NÚMERO: 00525-R-18 (08/02/2018)

TÍTULO DE LA TESIS :

**“FACTORES ASOCIADOS A LA RESILIENCIA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN
CENTROS DE SALUD DE LIMA CENTRO – 2019”**

4. RECOMENDACIONES

Ninguna.

Datos de la plataforma virtual institucional del acto de sustentación:

https: <https://medical-int.zoom.us/j/96255261994>

ID: 962 5526 1994

Grabación archivada en: Escuela Profesional de Enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

5. NOTA OBTENIDA: 18, Dieciocho

6. PÚBLICO ASISTENTE: (Nombre, apellido y DNI)

- | | | |
|---|-----------------------------|--------------|
| - | María Josefa Arcaya Moncada | DNI 07021076 |
| - | Cecilia Chulle Llenque | DNI 25627248 |
| - | Gladys García Arias | DNI 06752361 |
| - | Horly Cabello Fernández | DNI 44834440 |
| - | Margarita Lluncor Lluncor | DNI 07709199 |
| - | Mistral Carhuapoma Acosta | DNI 09375048 |
| - | Eva Miranda Ramón | DNI 09997219 |
| - | Sergio Fernando Cornetero | DNI 71618975 |

7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

Firma	Firma
Dra. Mery Soledad Montalvo Luna DNI 06678176	Mg. Silas Hildeliza Alvarado Rivadeneyra DNI 08707064
PRESIDENTE	MIEMBRO

Firma	Firma
Mg. Edith Noemí Calixto de Malca DNI 06594831	Mg. Tula Margarita Espinoza Moreno DNI 08019227
MIEMBRO	ASESOR

**FACTORES ASOCIADOS A LA RESILIENCIA EN PACIENTES
CON TUBERCULOSIS EN CENTROS DE SALUD
DE LIMA – 2019**

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la oportunidad de existir en este mundo, por otorgarme una familia, por darme fuerzas para vencer los obstáculos y poder realizar mis sueños.

A mi asesora la Mg. Tula Margarita Espinoza Moreno, por su paciencia, motivación y sabias enseñanzas que engrandecieron mi experiencia como investigadora, muy importantes para la construcción y culminación de la presente investigación.

A la Dra. Mery Montalvo Luna, Mg. Edith Calixto de Malca y la Mg. Silas Alvarado Rivadeneyra, quienes aceptaron la invitación para conformar parte del jurado examinador de esta tesis. Sus aportes enriquecieron la presente investigación.

A la Lic. Maribel Gil Conde, mi docente de práctica y ahora una gran amiga. Con usted aprendí que lo más importante es prevalecer la dignidad de todos los pacientes independientemente de su condición. Su empatía y solidaridad transmitidas en sus cuidados serán mi modelo a seguir en el ejercicio de mi profesión como enfermera.

Al personal de salud, responsable de la estrategia de prevención y control de la tuberculosis en los Centros de Salud Conde de la Vega Baja y San Sebastián, quienes me demostraron que la calidez humana no se ha perdido. Gracias por brindarme las facilidades y el apoyo en la recolección de datos.

A mi alma mater “Universidad Nacional Mayor de San Marcos”, por brindarme una formación académica a la altura de la competitividad profesional.

Al Teatro Universitario de San Marcos, que fomentó y fortaleció mis características resilientes, incentivó mi amor por el arte y me permitió descubrir mis cualidades artísticas.

DEDICATORIA

A mis padres Juan y Teresa por su esfuerzo, por brindarme su amor, su apoyo incondicional, su confianza y paciencia, por ser mi mayor motivación. Este logro es de los tres, los amo.

A mis hermanas Rosalynn y Katteryn, mis amigas de toda la vida, por su cariño, motivación y comprensión en todo momento. Con ustedes a mi lado todo fue más fácil, las quiero.

A mi gran amiga, Lizette, por sus palabras de aliento, por sus oraciones y hacer que estos últimos años en la universidad sean los mejores que haya vivido. Que nuestra amistad perdure siempre.

A quienes enfermaron de tuberculosis y atravesaron instantes de renuncia y desaliento por soportar la pesada carga de llevar un mal que inspira recelo y desconfianza; y que, a pesar de ello, no abandonaron sus sueños. Convirtiéndose en vencedores.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN	x
SUMMARY	xi
PRESENTACIÓN	xii

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN	15
1.2	FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	23
1.2.1	Objetivo general	23
1.2.2	Objetivos específicos	23
1.3	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	24

CAPITULO II: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

2.1	MARCO TEÓRICO	26
2.1.1	Antecedentes del estudio	26
2.1.2	Base teórica conceptual	33
2.1.2.1	Resiliencia	33
2.1.2.1.1	Características de la resiliencia	36
2.1.2.1.2	Resiliencia y salud	39
2.1.2.1.3	Teoría de la resiliencia de Wagnild y Young	40
2.1.2.1.4	Utilidad de la resiliencia en el trabajo de Enfermería	43
2.1.2.2	Factores sociodemográficos	45
2.1.2.3	Tuberculosis	52
2.1.2.3.1	Mecanismo de transmisión y factores de riesgo	52
2.1.2.3.2	Manifestaciones clínicas	53
2.1.2.3.3	Diagnóstico	53
2.1.2.3.4	Factores propios del tratamiento	54
2.1.2.3.5	Determinantes sociales de la tuberculosis	56
2.1.2.3.6	La sociedad y el enfermo de tuberculosis	59
2.1.2.3.7	Reacciones psicoemocionales adversas asociados a la tuberculosis	60

2.1.2.3.8 La/el enfermera/o en la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis.	62
2.1.3. Identificación de variables	63
2.1.4. Formulación de Hipótesis	63
2.1.5. Definición operacional de términos	63
2.2 DISEÑO METODOLÓGICO	64
2.2.1 Tipo o enfoque de investigación, nivel y método	64
2.2.2 Descripción del área de estudio	65
2.2.3 Población	65
2.2.4 Muestra. Muestreo	66
2.2.5 Criterios de Inclusión	66
2.2.6 Criterios de exclusión	66
2.2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	66
2.2.8 Validez y confiabilidad	68
2.2.9 Proceso de recolección y análisis estadístico de datos	68
2.2.10 Consideraciones éticas	69

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Resultados	72
3.1.1 Datos generales	72
3.1.2 Datos específicos	74
3.2 Discusión	79

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones	88
4.2 Recomendaciones	89

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°		Pág.
1	Grado de resiliencia en pacientes con tuberculosis que asisten a los Centros de Salud Conde de la Vega Baja y San Sebastián. Lima- Perú. 2019	74
2	Características predominantes del grado de resiliencia en pacientes con tuberculosis que asisten a los Centros de Salud Conde de la Vega Baja y San Sebastián. Lima- Perú. 2019	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°		Pág.
1	Factores sociodemográficos asociados al grado de resiliencia en pacientes con tuberculosis que asisten a los Centros de Salud Conde de la Vega Baja y San Sebastián. Lima-Perú. 2019	62
2	Factores propios del tratamiento asociados al grado de resiliencia en pacientes con tuberculosis que asisten a los Centros de Salud Conde de la Vega Baja y San Sebastián. Lima-Perú. 2019	63

RESUMEN

Introducción: Hasta hoy los esfuerzos por controlar la tuberculosis siguen siendo insuficientes, si todavía no consideramos relevante el aspecto psicosocial del paciente; por lo que, es necesario promover la resiliencia y conseguir que los pacientes se adhieran al tratamiento y superen la enfermedad. **Objetivo:** Determinar los factores asociados al grado de resiliencia en pacientes con tuberculosis que asisten a los Centros de Salud Conde de la Vega Baja y San Sebastián de Lima Centro en el año 2019. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y correlacional (asociación) en 37 pacientes con tuberculosis. La técnica es la entrevista personal y los instrumentos fueron elaborados a partir de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (en su versión traducida) y la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG). Se aplicó el análisis de media aritmética y multivariante de regresión logística. **Resultados:** Los pacientes obtuvieron grado bajo de resiliencia (54%), las características predominantes fueron: ecuanimidad (57%) y satisfacción personal (54%). El factor sociodemográfico asociado a la resiliencia es el nivel de educación ($\chi^2=3.457$; $p<0.05$) y actúa como factor de protección ($OR=0.031$; $IC=0.001 - 1.207$). Los factores propios del tratamiento no están asociados con el grado de resiliencia ($p>0.05$) **Conclusiones:** el grado bajo de resiliencia de los pacientes es porque no cuentan con características como la perseverancia, confianza en sí mismo y sentirse bien solo; por lo tanto, no hay adecuada adherencia al tratamiento y responsabilidad en el cuidado de su salud. Asimismo a mayor nivel de educación mayor es el grado de resiliencia y los factores propios del tratamiento no influyen sobre el grado de resiliencia en los pacientes con tuberculosis.

Palabras claves: grado, resiliencia, factores, pacientes, tuberculosis

SUMMARY

Introduction: Until today the efforts to control tuberculosis are still insufficient, if we still do not consider the patient's psychosocial aspect relevant; therefore, it is necessary to promote resilience and get patients to adhere to treatment and overcome the disease. **Objective:** To determine the factors associated with the degree of resilience in tuberculosis patients who attend the Conde de la Vega Baja and San Sebastián de Lima Centro Health Centers in 2019. **Methods:** Observational, descriptive and correlational study (association) in 37 tuberculosis patients. The technique is the personal interview and the instruments were developed from the Wagnild and Young Resilience Scale (in its translated version) and the National Household Survey (ENAHU). Multivariate logistic regression arithmetic mean analysis was applied. **Results:** The patients obtained a low degree of resilience (54%), the predominant characteristics were: fairness (57%) and personal satisfaction (54%). The sociodemographic factor associated with resilience is the level of education ($\chi^2 = 3,457$; $p < 0.05$) and acts as a protection factor (OR = 0.031; CI = 0.001 - 1,207). The factors of the treatment are not associated with the degree of resilience ($p > 0.05$). **Conclusions:** the low degree of resilience of the patients is because they do not have characteristics such as perseverance, self-confidence and feeling good alone; therefore, there is inadequate adherence to treatment and responsibility in your health care. Likewise, the higher the level of education, the greater the degree of resilience and the factors of the treatment itself do not influence the degree of resilience in patients with tuberculosis.

Key words: grade, resilience, factors, patients, tuberculosis

PRESENTACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la tuberculosis (TB), en la actualidad es una emergencia de salud pública, al constituirse como una importante causa de incremento de la morbilidad y mortalidad en el mundo. Se estima que cerca de diez millones de personas enferman de TB (entre ellos, aproximadamente medio millón desarrollaron tuberculosis resistente) y 1.8 millones de personas fallecen cada año. ⁽¹⁾

Son múltiples los factores de riesgo que convierten esta enfermedad curable y prevenible en la infección transmisible más compleja de extinguir y controlar. Lo constituyen principalmente las distribuciones desiguales de los determinantes sociales, por ejemplo la extensión de la pobreza, malas condiciones de vivienda, desnutrición, hacinamiento, desempleo, desconocimiento de la enfermedad, carencia de atención médica adecuada, altos niveles de migración, tabaquismo, el miedo a la estigmatización, dificultades con la adherencia, falta de apoyo social, todo esto relacionado con un huésped susceptible de enfermar caracterizado por edad, procedencia, comorbilidad/(VIH o diabetes) y sexo, se convierten en algunos de los factores responsables del desarrollo de tuberculosis. ⁽²⁾

Esta enfermedad multifactorial constituye una amenaza para las dimensiones del paciente (emocional, física, social, espiritual- religioso e intelectual) desafiando su capacidad de afrontamiento y resistencia, por lo que la ansiedad y depresión están relacionados con la enfermedad afectando su pronóstico. Sin embargo, encontramos diferencias en el modo que cada quien la enfrenta; unos abandonando el tratamiento y favoreciendo la cronicidad, otros pueden hacer frente a

la enfermedad, logrando su recuperación y mejorando su autocuidado. A esta adaptación positiva se le llama resiliencia, componente importante de la salud mental.

Resiliencia es la capacidad humana de enfrentar y sobreponerse a la adversidad e inclusive salir transformado después de la desgracia; la persona resiliente se caracteriza por su capacidad de optimizar sus recursos para la recuperación y mantenimiento de la salud, esta se produce tanto por procesos sociales como intrapsíquicos, por lo tanto, hay que buscarla tanto en la interioridad como en el entorno de la persona, porque interrelaciona tanto el proceso íntimo con el contexto social.⁽³⁾

La presente investigación se titula “Factores Asociados a la Resiliencia en Pacientes con Tuberculosis en Centros de Salud de Lima-2019”, tiene como objetivo determinar los factores asociados a la resiliencia en pacientes con tuberculosis que asisten a los Centros de Salud Conde de la Vega Baja y San Sebastián; siendo el propósito contribuir al conocimiento del constructo resiliencia en pacientes con tuberculosis, para conseguir que los pacientes sean capaces de afrontar y resistir positivamente la enfermedad favoreciendo la adherencia al tratamiento, con el fin de lograr la “Estrategia Fin de la TB” de la OMS.

Asimismo permita proponer líneas de acción orientadas a generar en los profesionales de salud capacidades y competencias para identificar las reales necesidades de los pacientes ante la nueva situación de vida provocada por la enfermedad, asegurando una intervención psicosocial más efectiva, que favorezca el desarrollo de la resiliencia en los pacientes, contribuyendo así a una mejor recuperación mental y física del paciente.

El estudio se divide en capítulos. El primer capítulo: El Problema, presenta el planteamiento, delimitación y formulación del problema; formulación de objetivos y justificación de la investigación. El segundo capítulo: Bases Teóricas y Metodológicas, expone el marco teórico y diseño metodológico. El tercer Capítulo: Resultados y Discusión considera los resultados generales y específicos, y la discusión. El cuarto capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se adiciona las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN

La tuberculosis (TB) desde el inicio de la segunda década del siglo XXI ha sido considerada como la enfermedad infectocontagiosa que más muertes ha ocasionado, superando el Virus de inmunodeficiencia Humana o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA). Esto es porque los casos totales de TB se están incrementando, en el 2018 se estimó 1.8 millones de muertes en el mundo (más de 480.000 mujeres y 140.000 niños) dejando a 10 millones de niños huérfanos según la OMS. ⁽¹⁾

La TB en la región de las américas concentró el mayor número de casos en Brasil, Perú y México. En el Perú, la enfermedad ocupa el décimo quinto lugar como causal de muerte, se han notificado 32.642 casos con una incidencia de 97 casos por 100 mil habitantes y es el país con la mayor tasa de incidencia de TB drogoresistente en la región. Los más afectados son los distritos de alta vulnerabilidad social como Lima Metropolitana (Lima norte, ciudad y Lima Sur) y la región Callao donde se concentran el 72% de casos de TB multidrogoresistente (MDR) a nivel nacional. ⁽⁴⁻⁵⁾

Los factores como género, edad, ocupación, nivel de educación, alcoholismo, drogodependencia, duración del

tratamiento, reacciones adversas, condiciones de accesibilidad sanitaria, comorbilidades, apoyo social, mitos y temores respecto a la enfermedad y tratamiento, estigmatización y discriminación, entre otros; contribuyen a seguir manteniendo elevadas las tasas de mortalidad e incidencia de TB. Además el abandono y rechazo del tratamiento representan barreras para conseguir controlar y erradicar la TB, por los riesgos de contagio y aparición de focos infecciosos resistentes (TB-MDR y TB-XDR) de la enfermedad.⁽⁵⁻⁶⁻⁷⁾

A esto le sumamos los últimos acontecimientos sociodemográficos que incrementan los factores de riesgo como la edad, comprendida entre 15 y 64 años, quienes conforman la Población Económicamente Activa (PEA). En bases a cifras del INEI, en el último año, la PEA tiene una tasa mayor que la del crecimiento poblacional, superando las 17 millones de personas, en consecuencia esta población podría ser la más afectada por la TB.⁽⁸⁾

Otro suceso que podría generar más afectados, sería el incremento de la migración e inmigración, sobre todo de personas pertenecientes a grupos vulnerables, porque están expuestos a subempleo, desempleo, trabajo mal remunerados y en condiciones de explotación, algunos se alojan en viviendas precarias, con hacinamiento, entre otros, siendo estos determinantes sociales que aumentan la vulnerabilidad para contraer enfermedades infecciosas, como la tuberculosis.⁽⁸⁾

Para afrontar esta problemática de salud pública, se incluyó como prioridad en los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y se aprobó por la Asamblea Mundial de la Salud del 2014, la denominada “Estrategia Fin a la TB.” El objetivo fue poner fin a la

epidemia mundial de TB: reducir la cantidad de fallecidos en un 95% y la tasa de incidencia en un 90% entre los años 2015 y 2035. ⁽⁹⁾

Hasta hoy, la mayoría de investigaciones abordan temas relacionados con el tratamiento farmacológico, resistencia microbiana, epidemiología, métodos diagnósticos que podrían curar la enfermedad. También se cuentan con programas sociales como pensión 65, Seguro Integral de Salud(SIS), Programa de Alimentación y nutrición (PANTB). Sin embargo, continúan siendo insuficientes para controlar el problema si todavía se sigue asumiendo que el paciente es el único encargado de cumplir con las indicaciones, sin considerar los factores subjetivos que afectan su conducta (estigma y discriminación por parte de la familia o personal de salud, creencias, rol en la familia, problemas cotidianos, entre otros), que hacen mella en la adherencia y éxito al tratamiento.

Al parecer se está dejando de lado los efectos psicosociales del enfermo con TB, que como bien sabemos podrian presentar sintomatología depresiva. Según un estudio realizado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Ministerio de Salud (MINSA) la enfermedad suele generar tanto en el paciente como en la familia alteraciones negativas en las diferentes situaciones de su vida cotidiana.⁽¹⁰⁾

En el aspecto familiar ocurre la separación física de los miembros; en lo laboral, el abandono o cambio de trabajo; en lo social, la reducción de sus redes sociales; en lo educativo, bajo rendimiento y abandono; en lo psicológico, el sentimiento de vergüenza, culpa, retraimiento social, percepción de rechazo hacia su persona lo cual muchas veces lo lleva a un estado de tristeza y

soledad, todo ello generado por el estigma y discriminación que los señala y excluye de los diferentes ámbitos de socialización.⁽¹¹⁾

Tal como se ha visto, cuando una persona es diagnosticada de TB, sufre cambios que afectan profundamente su autoconcepto. Los pacientes con TB se verán envueltos en una lucha constante no solo contra la misma enfermedad, sino también a los problemas psicosociales que deterioran su salud mental y alteran su calidad de vida, siendo necesario conocer si el paciente tiene la capacidad de afrontar, resistir y superar las complicaciones continuas de la enfermedad.

Por lo que es fundamental que el tema de resiliencia sea tomado en cuenta en las personas enfermas de TB, pues esta capacidad determinará el éxito del tratamiento y por ende su recuperación. Asimismo, podrá superar los efectos psicosociales y mejorará su autocuidado.

Lo mencionado líneas arriba, está respaldado por Luthar et al.⁽³⁾ quienes mencionan que la resiliencia es un grupo de fases continuas de interrelación entre las influencias ambientales y las características propias de la persona que generan una transformación. Es decir, su adaptación positiva en medio de una significativa adversidad.

La adaptación resiliente se produce por la interacción dinámica entre factores de riesgo y factores protectores, los cuales pueden ser biológicos, afectivos, socioeconómicos y culturales. Por lo tanto, este proceso de adaptación para desarrollarse necesitará de recursos como las habilidades sociales y capacidades que deben

fomentarse en los espacios de socialización como la familia, escuela y comunidad.⁽³⁾

Promover la resiliencia implica efectuar una intervención psicosocial que involucra a la persona y su ambiente social, haciéndolo participe en el proceso, por lo que es fundamental relacionarse con la persona en su totalidad en todo momento del cuidado que proporciona la enfermera/o. ^(3,12) Para enfermería el cuidado es su esencia, se visualiza por acciones transpersonales y subjetivas que protegen y preservan la humanidad, ayudando así, a la persona a encontrar un significado a la enfermedad, sufrimiento y dolor; y a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación. ⁽¹³⁾

De acuerdo a la teoría del Cuidado Humano de Watson, este cuidado se basa en la armonización de la mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y su cuidador. Sostiene que el cuidado humano protege y preserva la dignidad humana mostrando un interés profundo a la persona por lo que va más allá de una evaluación médica. ⁽¹⁴⁾ Según Garzón citado por Guerrero⁽¹⁵⁾ estas aproximaciones de cuidado se convierten en una filosofía de vida aplicada en la práctica profesional de enfermería que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera – paciente, proporcionando la base para todas las acciones de enfermería.

El cuidado se hace difícil cuando se refiere a una persona afectada por una enfermedad contagiosa y multifactorial que compromete todas sus dimensiones. Pues aún prima el modelo biomédico y curativo, que toma en cuenta muy poco la participación de la persona enferma en el proceso del cuidado generando que los

trabajadores de la salud se alejen de su visión humanista y holística en el cuidado hacia los pacientes con tuberculosis; este creciente riesgo de deshumanización, requiere el rescate de lo humano, espiritual y transpersonal en la práctica de enfermería.

En los servicios de prevención y control de la TB, la/el enfermera/o debe caracterizarse por brindar cuidados con enfoque holístico, de calidad y calidez, enfocada en el paciente como persona quien presenta respuestas humanas propias como producto de la enfermedad y reconociéndolos como seres humanos temporalmente afectados por TB; este enfoque aunado al trabajo articulado que desarrolla con otros profesionales del equipo multidisciplinario de salud, como su labor educativa, su rol orientador, su preocupación por el proceso de evaluación emocional y supervisión del tratamiento, la posiciona como eje fundamental de acción en los servicios de salud.

Sin embargo, cabe mencionar que en diferentes centros de salud que son servicios del primer nivel de atención, se escucha a pacientes portadores de tuberculosis expresiones como: “me pongo mal cuando en la posta (no quiero decir quién) te miran y te dicen que esperes afuera o le dicen al vigilante que te saquen más allá”, “nos miran como teniéndonos pena y a la vez miedo de que los contagiemos”, “a veces siento que, no valgo nada”, “quisiera llevarme todas las pastillas para un mes y no tener que venir todos los días a pasar por esto”, “algunas enfermeras son indiferentes y nos aíslan, como bichos raros, hasta discuten para no atendernos, por eso ya no quiero ir a tomar las pastillas para que me miren así, no”.

También otros comentarios como “es difícil venir todos los días a tomar las pastillas, no tengo tiempo por mi trabajo, a veces falto y eso me angustia porque no se si me vaya a curar”, “en vez de mejorar empeoro, ya había disminuido dos cruces y al mes aumentó otra vez, me da cólera no me estoy curando”; “cursaba el segundo año de estudio en la universidad y tuve que dejar de estudiar, me sentí muy mal, esto es lo peor que pudo haberme pasado, perdí contacto con la mayoría de mis amistades”; “tengo tensión en el trabajo y me enoja fácilmente, mi familia no me entiende, a veces lloro sin que me vean”.

Asimismo, “Ya tengo miedo ir, las inyecciones duelen mucho, las pastillas me caen mal, me dan náuseas, esto es un martirio, no sé si pueda seguir,” “ya me siento mejor y a veces no quiero ir, pero nos dicen que si lo dejamos nos va a ir peor, porque las bacterias se van a poner más fuertes y tendríamos que tomar más medicinas, y por más tiempo”, “me dan ganas de mudarme para que no se enteren mis vecinos lo que tengo.” “Es muy diferente conocerla de lejos que vivirla en carne propia, soportar el dolor de los inyectables todos los días y tener que alejarte de los que más quieres para no contagiarlos, eso sí que afecta tu persona”,

Mientras que otros pacientes refieren: “Estoy cumpliendo todo al pie de la letra, voy a todas mis citas en el hospital, hago todo lo que me recomienda la enfermera, traigo mis muestras, es que yo me quiero curar”, “He dejado de trabajar para recuperarme por completo, estoy alimentándome bien y voy a todos mis controles”; “Todos estamos expuestos a esta enfermedad, pero debemos aprender a cuidarnos y enseñar a los demás a que lo hagan”. “Nunca más volveré a pasar por esto, esta será la única vez que yo o alguien

de mis seres queridos se descuida y se enferma de tuberculosis”, “ya me falta poco para terminar el tratamiento, me siento bien y tengo todas las ganas para retomar mis estudios”, “mi mayor fortaleza es mi hija, por ella estoy dispuesta a terminar con el tratamiento, además he creado un grupo con los demás pacientes y nos damos fuerzas para continuar”.

“Creo que ninguna persona se imagina esto, hasta que lo vive en carne propia, pero felizmente mi familia me apoya y aunque haya caído, me volveré a levantar.” “la enfermedad es contagiosa por eso no debemos descuidar la salud, alimentarnos bien, tratar de no estresarnos porque todo repercute y disminuye nuestras defensas. Si nos cuidamos estaremos cuidando a los demás.”

Con referencia a las manifestaciones presentadas, se puede asumir que algunos pacientes, sucumben fácilmente ante el estrés y se dejan arrastrar por las representaciones sociales negativas. Mientras que otros resisten más atravesando un proceso que les permite adaptarse positivamente.

Esto genera las siguientes interrogantes: ¿cuál es el grado de resiliencia de los pacientes con tuberculosis? ¿qué características predominan en la resiliencia de estos pacientes?, ¿Cuántos serán capaces de resistir y afrontar la enfermedad?, ¿quiénes enfrentarán los nuevos cambios en su estilo de vida producto de su enfermedad?.

En ese mismo sentido, ¿Qué características poseen aquellos que consideran que lo que les ha pasado les ayudará en el futuro para asumir más responsablemente el cuidado de su salud?, ¿existe

alguna influencia de la edad, estado civil, género en la resiliencia de los pacientes?, ¿el nivel de educación, la religión y ocupación tienen relación con la resiliencia de los pacientes?, ¿la duración del tratamiento, el número de fármacos y efectos adversos de los medicamentos tendrán una relación con la resiliencia de los pacientes?. Estas interrogantes conllevan a la pregunta central de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados al grado de resiliencia en los pacientes con tuberculosis que asisten a los Centros de Salud Conde de la Vega Baja y San Sebastián - 2019?

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados al grado de resiliencia en pacientes con tuberculosis que asisten a los Centros de Salud Conde de la Vega Baja y San Sebastián - 2019.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar el grado de resiliencia en pacientes con tuberculosis.
- Identificar las características predominantes del grado de resiliencia en pacientes con tuberculosis.
- Identificar los factores sociodemográficos que se asocian al grado de resiliencia en pacientes con tuberculosis.
- Identificar los factores propios del tratamiento que se asocian al grado de resiliencia en pacientes con tuberculosis.

1.3 JUSTIFICACIÓN

En nuestro país el abordaje para controlar la TB ha tenido un éxito relativo, si bien es cierto las tasas de incidencia vienen disminuyendo lentamente, por otro lado los casos de TB multidrogo resistente y TB extremadamente resistente se incrementan. Esto es porque algunos pacientes que responden al tratamiento médico regresan a vivir en las mismas condiciones que facilitaron la transmisión y desarrollo de la enfermedad, y otros abandonan y rechazan el tratamiento a causa de los diferentes factores socioculturales. Lo que demuestra que aún persisten desafíos que deben ser abordados haciéndose necesario plantear un modelo que introduzcan estrategias con un enfoque innovador e integral incorporando el aspecto psicosocial del paciente.⁽¹⁶⁾

Conseguir que el Perú se declare libre de TB, requiere del cumplimiento de los ODS y de la Estrategia Fin de la TB enfatizando en la aplicación sistemática del primer pilar que aborda una atención centrada en el paciente, esto significa una atención oportuna y continua que fortalezca el aspecto psicosocial del paciente. Sin embargo, este aspecto no es abordado con eficacia en los servicios de prevención y control de la TB. Por lo que, es necesario Incluir el abordaje de la resiliencia como estrategia para el control de la TB, ya que permitirá identificar las características resilientes del afectado buscando su desarrollo y fortalecimiento, favoreciendo las conductas adherentes al tratamiento, reflejando a su vez el sentido de autovalía y empoderamiento de la persona para transformar su ambiente físico, social y político mejorando su calidad de vida; fundamental para lograr la meta impuesta por la “Estrategia Fin de

la Tuberculosis” para el 2035: obtener una tasa de incidencia menor o igual a 10 casos de TB por cada 100 mil habitantes.⁽⁶⁾

La promoción del enfoque de resiliencia fortalece el cuidado humano, que consiste en el respeto a la dignidad humana, en la sensibilidad para con el sufrimiento, ayudando a enfrentarlo y superarlo aceptando lo inevitable. Las enfermedades no deben ser motivo de una existencia dolorosa para ningún ser humano, y menos aún la indiferencia de otros. Por lo que el creciente riesgo de deshumanización requiere el rescate de lo humano, espiritual y transpersonal en el cuidado a los pacientes con TB.

El conocimiento de los factores sociodemográficos y propios del tratamiento que guardan asociación con la resiliencia permitirá elaborar un modelo teórico que explique el proceso de adaptación resiliente en estos pacientes; lo cual motivará a las autoridades sobre la importancia de generar estrategias que promuevan el desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia, tanto en pacientes, como en profesionales de salud, ayudándolos a amortiguar los efectos de la enfermedad y conseguir su pronta recuperación.

CAPÍTULO II

BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes del estudio

En la búsqueda del estado del arte tanto a nivel internacional como nacional, respecto de la temática del presente trabajo de investigación no se han encontrado investigaciones en el mismo tipo de grupo poblacional; sin embargo, si se ha ubicado en otros grupos poblacionales, como las investigaciones de Quicenio y Vinaccia del año 2011, Ascencio y Bedón del año 2013, Pousa et al. y Condori del año 2014, que se consideran relevantes incluirlas, así como otras realizadas en los últimos cinco años, las mismas que han brindado una base para el desarrollo de la presente investigación, así tenemos:

Antecedentes internacionales

Cremers L ⁽¹⁷⁾, realizó un estudio etnográfico, comparativo y visual en el 2017, sobre las manifestaciones de la resiliencia que fueron parte de las experiencias de los pacientes con tuberculosis en Khayelitsha, Sudáfrica. Concluyendo que:

Es muy importante comprender la experiencia del paciente de padecer tuberculosis, cuando se somete al tratamiento para TB y cuando toman decisiones para vivir con la enfermedad. Se muestran perseverantes, tratan de hallar

soluciones a los problemas tratando de encontrar la manera de cómo mitigar las amenazas que pueden enfrentar todos los días. Optan formas de resistir que pueden ser efectivas pero a su vez frágiles para la salud, por ejemplo cuando se cree que hay fracaso en la voluntad y conciencia del enfermo para continuar con el tratamiento, para ellos no significa lo mismo, pues interrumpir el tratamiento para aminorar los efectos secundarios, recuperar la dignidad tras el rechazo, o buscar oportunidades laborales son otras manera de seguir sobreviviendo. Por lo que es necesario que se reconozcan las manifestaciones de resiliencia y vulnerabilidades que los pacientes demuestran en su día a día, así los profesionales de la salud podrán comprender y apoyar de modo eficaz a los pacientes incluyendo un enfoque de desarrollo de resiliencia en los programas de TB, basados en las fortalezas y debilidades preexistentes de los pacientes que benefician la salud mental y física de los pacientes.

Quiceno J. y Vinaccia S. ⁽¹⁸⁾ en el año 2011 investigaron sobre las relaciones de las características sociodemográficas y clínicas con la resiliencia en pacientes adultos mayores con diagnóstico de artritis reumatoide, enfermedad pulmonar obstructiva crónica(EPOC) e insuficiencia renal crónica en la ciudad de Medellín, Colombia. Concluyendo que:

“Presentaron niveles altos de resiliencia, por lo tanto los pacientes tienen habilidades y capacidades personales de autoconfianza, independencia, decisión, creatividad,

perseverancia, flexibilidad y una perspectiva de vida estable para lograr la auto aceptación de sí mismo como de la vida. La resiliencia es independiente de variables sociodemográficas como el sexo, edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, ingresos y tratamiento farmacológico. Las características clínicas tiene mayor relevancia sobre la resiliencia cuando se es adulto mayor y con enfermedad crónica.”

Willrich J ⁽¹⁹⁾ realizó un estudio observacional y transversal, en el 2017, sobre los factores asociados a la resiliencia de pacientes con diabetes mellitus en centros de salud de Florianópolis, Brasil. Concluyendo que:

“Los pacientes presentaron alta resiliencia, además los factores sociodemográficos relacionados con una alta resiliencia fueron el género masculino, el hábito de orar diariamente, y tener más años de estudios. La resiliencia puede ser un determinante de comportamientos de autocuidado e influir en la vida diaria de quienes viven con una enfermedad crónica”

Plascencia J. y castellanos C. ⁽²⁰⁾ investigaron en el 2018, los niveles de resiliencia en pacientes mexicanos con VIH y su relación con las características sociodemográficas y clínicas. Concluyendo que:

“Los pacientes con VIH presentaron un nivel de resiliencia alto (67.9%). Obtuvieron mayores puntuaciones en las dimensiones fortaleza, confianza en sí mismo y

competencia Social lo que permite reconocer capacidades de afrontamiento, aceptación, responsabilidad, autoestima robusta, capacidad para acceder a los servicios médicos, deseo de ayudar a los demás y desafiar el estigma relacionado con el VIH. El nivel de estudio no es significativo; sin embargo, en pacientes con VIH juega un papel muy importante como herramienta para hacer frente a la enfermedad, fortaleciendo su estado de salud a través de prácticas saludables.”

Espín, K. ⁽²¹⁾ realizó, en el año 2016, un estudio de tipo descriptivo y cuantitativo sobre niveles de resiliencia y su asociación con la ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de VIH positivo en Ecuador. Concluyendo que:

“Los pacientes presentan un nivel alto de resiliencia y las características predominantes de la resiliencia fueron perseverancia, sentirse bien solo y confianza en sí mismo. De modo contrario la ecuanimidad presentó valores bajos y la satisfacción personal un nivel medio.”

Gao et al ⁽²²⁾ realizaron un estudio transversal, entre mayo de 2016 y octubre del 2017, sobre nivel de resiliencia y sus factores asociados, en pacientes chinos con cáncer oral. Concluyendo que:

“Los pacientes con cáncer oral presentaron un nivel moderado de resiliencia. La esperanza, optimismo y educación se asociaron positiva y significativamente con la resiliencia. El nivel de educación es un factor predictivo

para la resiliencia ($\beta = 0.175$, $p < 0.01$), con un mayor nivel educativo contarán con capacidades de adquirir conocimientos sobre salud, las medidas de prevención y recuperación pudiendo contar con mejores ingresos. Asimismo los pacientes con mayor resiliencia presentaron menor nivel de ansiedad favoreciendo así la salud mental y calidad de vida del paciente.”

Hu T et al ⁽²³⁾ realizaron un estudio transversal y correlacional para hallar la relación entre ansiedad/depresión, apoyo social y resiliencia en pacientes con cáncer de pulmón del Hospital Xianga de la Universidad Central del Sur de China en el año 2018. Concluyendo que:

“La resiliencia se relacionó positivamente con el nivel económico, educación y condiciones laborales pero no se relacionó con la edad y sexo. Mejorar el apoyo social para los pacientes con cáncer de pulmón podría ayudar a mejorar su capacidad de resiliencia mitigando el incremento de ansiedad y depresión.”

Morocho S. ⁽²⁴⁾ realizó una investigación cuantitativa, observacional y descriptiva sobre la resiliencia que presentan los pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General Enrique Garcés de Quito – Ecuador, en el año 2019. Concluyendo que:

“Los pacientes presentan alta resiliencia (60.2%), por lo tanto, ellos cuentan con capacidades de resistir, afrontar obstáculos que pueda tener en su vida diaria además de

contar con creencias positivas, mejor sentido y propósito de la vida logrando una mejor calidad de vida.”

Pousa et al ⁽²⁵⁾ en el año 2014, realizaron una investigación transversal, descriptiva y exploratoria sobre resiliencia y su asociación con conductas de adherencia al tratamiento en pacientes mujeres con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), del Hospital Onofre Lopes de Brasil. Concluyendo que:

“El 57.5% de los pacientes presentaron mediana resiliencia. Se caracterizaron porque en su mayoría siguieron el tratamiento correctamente, comprendieron la enfermedad, ninguno había estado trabajando y algunos no intentaron averiguar sobre la enfermedad. Por lo tanto, lograron adaptarse a la enfermedad promoviendo factores de protección que contribuyen adherirse al tratamiento. Es importante considerar la educación para promover la resiliencia.”

Antecedentes Nacionales:

Condori M. ⁽²⁶⁾ investigó sobre resiliencia y características sociales y demográficas en pacientes con hemodiálisis. Concluyendo que:

“El nivel de resiliencia es moderada con un 33%. Presenta una relación directa con la variable sociodemográfica nivel de educación. También hay asociación significativa entre resiliencia, la religión, el tiempo de tratamiento y el apoyo social. Esto confirma la importancia del apoyo social

percibido sobre el estrés y destaca el importante papel que ejerce sobre la adaptación emocional del paciente.”

Ascencio A. ⁽²⁷⁾ investigó en Chiclayo, sobre resiliencia y estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Concluyendo que:

“El nivel de resiliencia es medio, las personas son poco capaces de enfrentarse a las demandas y competencias que exige la sociedad, no poseen control emocional y son dependientes.” “Un mayor porcentaje utilizan una estrategia de afrontamiento basada en la emoción. Por lo tanto, existe asociación entre resiliencia y los estilos de afrontamiento.”

Bedón Y. ⁽²⁸⁾ investigó sobre la relación entre resiliencia y adherencia al TARGA. Concluyendo que:

“Los pacientes presentaron niveles altos y medios de resiliencia (43% y 33% respectivamente), lo mismo en los factores competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida (45% y 48% respectivamente). Por lo tanto, los pacientes tienen habilidades y capacidades personales de autoconfianza, independencia, perseverancia, decisión, poderío e ingenio, adaptabilidad, y una perspectiva de vida estable para lograr la autoaceptación tanto de sí mismo como de la vida a pesar de la adversidad.”

2.1.2 Base Teórica Conceptual

2.1.2.1 Resiliencia

El vocablo resiliencia se origina de la palabra resilio (idioma latín) que significa volver de un salto, resaltar o rebotar; si bien sus primeras definiciones están relacionadas a la física e ingeniería, conceptualizándolo como todo cuerpo que luego de haber sido sometido a una presión, recupera su forma o posición inicial sin haber sufrido deformación y por el contrario incrementando su resistencia, posteriormente el termino fue extrapolado a otros ámbitos como las ciencias humanas y de salud, definiéndolo como la capacidad de las personas para triunfar, vivir y desarrollarse positivamente y de manera socialmente aceptable, a pesar de la adversidad al que fueron sometidos que implicaría para otros un riesgo grave con desenlace negativo. ⁽²⁹⁾

En el tiempo, la resiliencia ha cobrado relevancia asociado a varios estudios en niños que pasaron por situaciones extremas o traumáticas como abandono, maltrato, guerras, hambre, etc., y que no desarrollaron problemas de salud mental, abuso de drogas o conductas criminales cuando adultos. Uno de los mas representativos fue el de Werner y Smith, quienes observaron que mas de la mitad de los niños que vivieron en situaciones desfavorables, evidenciaron mayor capacidad de adaptación sin presentarse enfermedades físicas o mentales; mediante seguimiento por treinta años constataron que la capacidad se mantenía en el tiempo, concluyendo que se trataba de la resiliencia. ⁽³⁰⁾

Al respecto Cyrulnik⁽³¹⁾ refiere que:

“Una desgracia nunca es maravillosa. Es un fango helado, un barro negro, una escara dolorosa que nos obliga a escoger: someterse o sobreponerse. La resiliencia define el resorte de los que, habiendo recibido un golpe, han podido sobrepasarlo.”

Melillo et al ⁽³⁰⁾ recopilaron el trabajo de Infante quien revisó bibliografía sobre las dos generaciones de investigadores de resiliencia. La primera indagó: ¿qué diferencia a los niños adaptados positivamente de los que no se adaptaron, si todos viven en riesgo social?, centrandose en las cualidades personales positivas (autoestima o autonomía) y factores protectores y de riesgo, involucrando factores externos (cultural, familiar y social). La segunda indagó: ¿cuáles son los procesos que se relacionan con la adaptación social cuando la persona se encuentra frente a una adversidad?, resiliencia sería resultado del proceso de interacción persona - medio ambiente, sin considerar atributos personales.

Sobre la definición de resiliencia , Melillo et al ⁽³⁰⁾ citan a: Grotberg quien la define como “la capacidad humana de enfrentar y superar las adversidades de la vida y transformarse positivamente, debiendo inculcarse desde la niñez”; para Kotliarenko es la “Habilidad para mantenerse a flote, no sucumbir, adaptarse, reinventarse posibilitando una vida significativa y productiva”; Rutter et al son “Procesos sociales (familiar, cultural) e internos (características personales) que en un determinado tiempo permiten gozar de una vida sana en un medio estresante”; siendo la **adversidad** un desencadenante de conducta resiliente, **adaptación positiva** la conducta resiliente y **el proceso** los mecanismos de interacción entre características personales y entorno social. ⁽²⁹⁾

La resiliencia surge como producto de la interacción de los procesos sociales y psíquicos durante el desarrollo de la persona, por tanto no es innato va depender de las cualidades personales que adquiriera. Su desarrollo también está relacionado a la presencia de adversidades durante la vida, junto a ello estan vinculados los factores de riesgo y protección. ⁽³⁰⁾

Los factores de riesgo son considerados obstáculos individuales o ambientales que deterioran los resultados positivos en el desarrollo de la persona. Pueden ser intrínsecos, referidos a las características y potencialidades de la persona como baja autoestima, sentimientos negativos y de tristeza, pesimismo, entre otros. Los extrínsecos se relacionan con el contexto social en el que se inserta la persona como la violencia, desastres naturales, falta de saneamiento básico, pobreza, entre otros.

Los factores protectores son características del contexto (comunidad, familia, apoyo de un adulto significativo, integración laboral y social, etc.) y habilidades de la persona (seguridad, empatía, facilidad de comunicación, autoestima) que reducen la probabilidad de un comportamiento no saludable. Estos aminoran el impacto de los efectos adversos propiciando una mayor grado de resiliencia. ⁽²⁹⁾

Para Fontes ⁽³²⁾ los factores de protección incluyen la salud, habilidades de comportamiento (rasgos de personalidad, madurez, regulación emocional, afrontamiento) y recursos sociales (educación, familia, amigos e instituciones sociales). Reckziegel ⁽³³⁾ afirma que no hay una regla con respecto a la cantidad de factores de protección individual, sino más bien la calidad y efectividad.

Características de la Resiliencia

Melillo et al ⁽³⁰⁾ citan a Ojeda para mencionar los atributos o “pilares de la resiliencia”, que vienen a ser aptitudes básicas que posibilitan resistir aun en circunstancias hostiles. Plantea siete fuentes generadoras de lucha y fortaleza:

- a. Independencia: Poder fijar límites entre su persona y las situaciones conflictivas, equilibradas y libres de apego emocional y físico. Se basa en un adecuado desarrollo del principio de realidad, que permite a la persona juzgar una situación externa prescindiendo de los deseos íntimos que podrían llevarlo a distorsionar la verdadera situación. Solo si el yo del sujeto ha alcanzado un juicio de realidad adecuado, sustentando en una autoestima sólida, podrá fijar límites con el medio o las personas problemáticas, sin caer en el aislamiento.

En la niñez y adolescencia esta capacidad se manifiesta manteniéndose alejado de los conflictos, en la adultez se expresa en tomar sus propias decisiones ejerciendo así su autonomía, y viven sin responsabilizar a otros por sus frustraciones y errores.

- b. Introspección o capacidad de insight: Es la capacidad de preguntarse y ser honesto consigo mismo, sugiere la idea de mirar al interior de la conciencia y calificar según la tabla de valores los actos que se cometen. Otorga capacidad de autorregular las emociones, alcanzando la madurez en el actuar (inteligencia emocional) con serenidad, juicio y tolerancia. No se deja arrastrar por desbordes o exabruptos emocionales, impidiendo adoptar una actitud incorrecta.

Durante la niñez Intuyen que no todo está bien en la familia y son capaces de anular el efecto negativo que podría generar en ellos manteniéndose alejados de los problemas y evitando los sentimientos de culpa, en la adolescencia quieren conocer lo que sucede en su entorno y en la adultez se comprenden a sí mismos y a otros aceptando las dificultades sin culpar a los demás.

- c. Capacidad de relacionarse o interacción: Consolidación de vínculos manteniendo estabilidad entre la necesidad de afecto y la predisposición de dar afecto a los demás. En la baja autoestima, lleva a pensar que no es merecedor de la atención de los otros; en la sobreestima minimiza carencias importantes, provocando alejamiento, disfrazado de soberbia, omnipotencia, rasgos que ahuyentan a los demás.

Los niños se interrelacionan adecuadamente y se sienten queridos, los adolescentes buscan pertenecer a grupos e instauran organizaciones con miembros de la familia, amigos y otros, los adultos le dan mucho significado a los vínculos formados.

- d. Iniciativa: Gusto por requerir y probar tareas cada vez más complejas, ejerciendo control sobre ello, tener motivación para emprender acciones positivas, satisfactorias y socialmente aceptables.

En niños se expresa mediante curiosidad y experiencias de aprendizaje, en adolescentes muestran diferentes predisposiciones, algunos por el área académica, otros por prácticas deportivas o área artística, voluntariados, etc. Los adultos están inmersos en proyectos de la comunidad ejerciendo liderazgo, enfrentando los desafíos que les permite sentirse autorrealizados.

Humor: Estrategia que ayuda a sobrellevar la desgracia, facilitando un distanciamiento con el problema. Permite transitoriamente olvidarse de los sentimientos desagradables y favorece la toma de decisiones para resolverlo. Se le atribuye importantes beneficios físicos, psicológicos y sociales.

En la niñez se desarrolla en acciones simples durante el juego por imitación, y a medida que van creciendo es más sofisticado, en la adolescencia desarrollan el sarcasmo, relatan chistes. El adulto se mantiene alegre y juega sin hacer sentir mal a otros.

- e. Creatividad: Es crear algo nuevo a partir del caos, llegar a conclusiones e ideas nuevas y resolver problemas de una forma original. Su origen es el juego (ocupación más intensa y preferida del niño). El juego es una forma de tratar la realidad, de insertar las cosas del mundo en un orden que le agrada. No es solo imaginativo, también traslada sus creaciones hacia la realidad logrando exteriorizar sus miedos y problemas internos durante la acción. En la adolescencia, muestran habilidades artísticas y los adultos creativos son capaces de emprender proyectos nuevos, reconstruir y actuar libremente.
- f. Moralidad: Actividad de conciencia informada, capacidad de comprometerse con valores y diferenciar lo bueno y lo malo. En los niños se manifiesta cuando realizan juicios morales por ejemplo una acción puede ser buena o mala en base al castigo propinado, durante la adolescencia desarrollan valores y se someten a las reglas impuestas por la sociedad; en la adultez aceptan las reglas de la

sociedad que es antepuesto por su servicio y entrega hacia los demás desarrollando sentido de lealtad y compasión.

- g. Autoestima consistente: Resultado del cuidado afectivo del niño o adolescente por un adulto significativo. Desde la infancia se desarrolla una autoestima sólida a medida que crece sintiéndose querido, valioso y capaz de afrontar conflictos severos y prolongados.

Resiliencia y Salud

El incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, infectocontagiosas, así como problemas de desnutrición, violencia, accidentes, entre otros, viene generando riesgos mentales, estilos de vida inadecuados, deterioro ambiental e inequidad que sitúa el comportamiento de la persona como factor importante para el proceso salud-enfermedad.

Evidencias científicas demuestran que la resiliencia actúa como protector para superar las adversidades en el contexto de enfermedades crónicas y agudas al relacionarse directamente con la adherencia, e inversamente con la depresión y ansiedad.⁽³⁴⁾ Los afectados resilientes demuestran habilidades de mayor recuperación, resistencia y afrontamiento del dolor; logran actuar con rapidez ejerciendo mayor protección, se mantienen informados, incrementan y fortalecen sus relaciones interpersonales, se muestran optimistas y asumen responsablemente situaciones frente a riesgos de salud.⁽²⁹⁾

El enfoque de desarrollo de factores de resiliencia está comprometido con el modelo de la promoción de la salud pues mantiene la idea de incrementar el potencial en todas las personas en riesgo y no solo con

evitar o prevenir las enfermedades, relacionándose con el modelo epidemiológico de la salud. Este enfoque debe desarrollarse durante toda la vida ⁽³⁰⁾

Teoría de Resiliencia de Wagnild y Young

Wagnild y Young, citado en Castillo et al, ⁽³⁵⁾ mencionan que la resiliencia amortigua el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación individual, basándose en los postulados de Rutter, Beardslee y Coplan, que consideraban que las personas deben desarrollar recursos frente a eventos como la muerte, enfermedad, discapacidad, etc., que signifiquen un riesgo para la vida; plantean dos dimensiones o factores que a su vez reflejan la definición teórica de resiliencia:

A. Factor I: Competencia personal

Capacidades que permiten construir y valorar la propia identidad, afrontando las demandas y retos de la vida, logrando adaptarse. La competencia personal hace alusión a:

- a. La perseverancia: Mantenerse firme y constante a pesar de la adversidad, lleva una connotación de lucha continua para construir nuestra propia vida.
 - Autodisciplina: decisión de actuar de acuerdo a decisiones ya tomadas, requiere transformar la disciplina en hábito.
 - Iniciativa: saber aprovechar la ocasión, para emprender acciones cuando las circunstancias lo ameriten. Es una forma

de motivación para emprender acciones satisfactorias y socialmente aceptables.

- Persistencia: acción y efecto de mantenerse constante en lo que se esté haciendo, insistencia en conseguir algo propuesto, mantener algo por largo tiempo. Cuando una conducta se mantiene todo el tiempo sin necesidad de reforzamiento. Presenta relaciones estadísticamente significativas con características de personalidad y otras variables motivacionales como el “drive” (motivación del sujeto) o los incentivos externos (motivación de la situación).
- b. Confianza en sí mismo: es la creencia en uno mismo, suponer verdadero sus competencias, habilidades o conocimientos; y ser capaz de depender de uno mismo reconociendo sus propias fuerzas y limitaciones.
- Autodependencia: Significa ser consciente de la responsabilidad que uno tiene en su bienestar subjetivo pero que también va necesitar la ayuda de otros.
- Seguridad: les permite mantener el control sobre sus pensamientos, sentimientos y comportamiento; ejercer su capacidad de decisión y juicio crítico.
- Solidaridad: cuando las personas se unen y colaboran mutuamente para conseguir un fin común.
- Resistencia: facilidad o dificultad de mantener o cambiar un comportamiento adecuado.

c. Sentirse bien solo: Elección de dar una parte de tu tiempo a realizar tareas en solitario, que disfruta de estar sin la compañía de otros porque tiene vínculos sanos y fuertes que le proporcionan bienestar y a las que puede recurrir cuando lo desee; le da a la persona una sensación de libertad.

- Independencia: es poseer un elevado nivel de autonomía personal en la toma de decisiones. No delegan su realización personal en manos de terceras personas, no responsabilizan a los otros sobre sus propios errores y frustraciones.
- Actividades en solitario: brinda la oportunidad de enriquecerse a sí mismo, el sentirse satisfecho y pleno consigo mismo aleja sobretodo la dependencia emocional. Actividades como el caminar, hacer deporte, leer, meditar, hacer manualidades entre otros, abre paso a pensamientos positivos para no dejar espacios a los negativos

B. Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida

Es la disposición a experimentar plenamente los pensamientos, sentimientos, emociones, acciones, sueños, no como algo lejano, o distinto a uno, sino como parte de su esencia ya que le permite expresarse y no reprimirse. Comprende las siguientes características:

- a. Ecuanimidad: Mantenimiento de una actitud equilibrada y estable aun en circunstancias negativas, permitiendo ser capaces de tomar decisiones correctas y asertivas.

- Paciencia: capacidad de sufrir, tolerar desgracias y adversidades con fortaleza, sin quejarse ni rebelarse. Esperan con calma, lo que no dependa de uno debe otorgarse tiempo para que sucedan.
 - Introspección: Reflexión sobre la conciencia o estado de ánimo que una persona hace sobre sí misma.
- b. Satisfacción personal: Está referida a la valoración de la calidad de vida evaluando sus contribuciones, sujeta a juicios objetivos y subjetivos que van más allá de lo económico y toman en cuenta la percepción, satisfacción y expectativas de las personas.
- Humor: considerada una estrategia de adaptación que muestra una mirada divertida sobre la propia condición favoreciendo un distanciamiento del problema.
 - Autoestima: Cuando una persona se valora en función de sus pensamientos, sentimientos y experiencias propias.

Utilidad de la Resiliencia en el Trabajo de Enfermería

Introducir la resiliencia como una estrategia que afiance las actividades de enfermería es pertinente por cuanto la enfermera es quien (por la naturaleza de su quehacer) se enfrenta y ayuda a enfrentar a las personas los momentos críticos de la vida humana, momentos en los que está sometido a factores estresantes, ya sea en las etapas del desarrollo (embarazo, infancia, adolescencia, adultez y ancianidad) o en las situaciones adversas que enfrentan las personas, como enfermedades agudas, crónicas, estados terminales, pérdida de un ser

querido, enfrentamiento a desastres naturales o por la mano del hombre, entre otros; es decir momentos en los que la persona se pone a prueba y denota su capacidad resiliente. ⁽³⁰⁾

Tusaie y Dier citados en Arrogante ⁽³⁶⁾ manifiestan que la resiliencia es una característica primordial y propia de Enfermería, necesaria para el cuidado de las personas en estado de vulnerabilidad. Al respecto, Melillo et al⁽³⁰⁾ citan a Grotberg quien señala que la persona cuando está enferma tiene un alto grado de vulnerabilidad, ya sea porque siente un dolor, porque es dependiente de una medicación, porque se siente deprimida o porque está en peligro su vida. El proceso de transición de la salud a la enfermedad impacta negativamente en la vida del afectado y sus familiares quienes van respondiendo de acuerdo a los factores protectores y de riesgo (ambientales, socioculturales y personales) a los que están expuestos y han adquirido.⁽³⁷⁾

En la literatura hay varios modelos o teorías de Enfermería que se relacionan con la resiliencia, así tenemos el modelo del sistema conductual de Johnson citado por Cortés ⁽³⁸⁾ indaga como el paciente se adapta a la enfermedad y como es afectado por el estrés. Arraigada y Jara ⁽³⁹⁾ citan a Meleis para mencionar su Teoría de la Transición que plantea que a mayor resiliencia la persona cuenta con características que le permiten experimentar un estado de transición positivamente conduciéndola a un estado de equilibrio en salud.

Identificar los factores que influyen en una mayor resiliencia del paciente y sus familiares, permitirá en la práctica de enfermería, mejorar la adherencia al tratamiento y fortalecerse después de recuperarse de una enfermedad. Enfermería por sus competencias al brindar cuidados, no solo tienen la posibilidad de brindar conocimientos sino de ser un

modelo a imitar por los pacientes y familiares. En muchas circunstancias, el contacto prolongado con la persona enferma, constituye el único lazo con la realidad que el paciente tiene en su cotidianidad circunstancial, de esta manera, el enfermero cumple su rol como promotor de resiliencia. ⁽³⁶⁾

2.1.2.2 Factores Sociodemográficos

Bacci citado por León ⁽⁴⁰⁾, menciona que la demografía está vinculada con lo biológico (fecundidad y la mortalidad) y también al aspecto social ya que la mortalidad y su intensidad según la edad y sexo están influenciados por los hábitos de alimentación e higiene, factores culturales y religiosos.

Los factores sociodemográficos son las condiciones de vida de las sociedades humanas, su grado de civilización, los recursos que disponen y el modo en cómo satisface las necesidades elementales de la vida y cómo influyen en la salud. ⁽⁴⁰⁾ Para el presente estudio se tuvo en cuenta las siguientes variables:

1. Ocupación: El empleo se define como “un conjunto de funciones y tareas desempeñadas por una persona o que se prevé que ésta desempeñe, en particular para un empleador o trabajador por cuenta propia.” ⁽⁴¹⁾

La ocupación es un conjunto de empleos que desempeñan funciones y tareas similares para un empleador, posibilitan el acceso a los bienes y servicios requeridos para la satisfacción de las necesidades. Define su identidad, provee seguridad económica y le permite al individuo contribuir a la sociedad. ⁽⁴¹⁾

2. Nivel de educación (Grado de instrucción): Según la Ley General de educación peruana el sistema educativo se organiza en niveles, que vienen a ser periodos progresivos. Son cuatro niveles: inicial, primaria (cuando la persona alcanzó educación primaria completa o incompleta), secundaria (cuando alcanzó secundaria completa o incompleta) y superior (cuando alcanzó educación superior universitaria y/o técnica completa o incompleta).⁽⁴²⁾

La educación como factor social impacta en la vida de las personas, contribuyendo a una vida saludable al proporcionar conocimientos y capacidades para resolver problemas, les da autonomía, seguridad económica y satisfacción consiguiendo dar un sentido de control y dominio en diferentes situaciones de la vida. En Perú no haber concluido secundaria completa es un factor de riesgo mucho mayor que el biológico para el desarrollo de varias enfermedades. ⁽⁴³⁾

Sin embargo, la educación no contempla aspectos que favorezcan conductas resilientes en las personas. Se centra en el aprendizaje de matemáticas, lectura o escritura, aniquilando otras capacidades como la reflexión en sí mismo y habilidades para adaptarse al cambio constante en el que vivimos. Santos está convencida de que la capacidad de resiliencia recupera la cultura del esfuerzo y la lucha que el individuo libra consigo mismo para liberarse de las dificultades, pero también reconoce que, para esto, hace falta poseer capacidades que sirvan de protección para superar la crisis. ⁽⁴⁴⁾

3. Estado civil: Para el INEI ⁽⁴⁵⁾ viene a ser la condición de la persona en base a la forma de unión conyugal, de acuerdo con la normatividad

jurídica, la cultura y las costumbres, identificándose cinco categorías: Soltero/a, casado/a, conviviente, separado/a, divorciado/a y viudo/a:

- a. Soltero/a: persona que nunca se ha casado, ni convive
- b. Casado/a: persona que contrajo matrimonio civil y/o religioso con su cónyuge.
- c. Conviviente (unión de hecho): persona que vive con su cónyuge sin haber contraído matrimonio civil o religioso.
- d. Divorciado/a o separado/a: persona que concluyó una relación conyugal judicialmente o que se encuentra separado de su cónyuge, no hay convivencia.
- e. Viudo/a (de Matrimonio o Convivencia): persona que después del fallecimiento de su cónyuge, no se ha vuelto a casar.

4. Religión: Culto de fe basado en creencias y prácticas moralistas y existencialistas que unen a un grupo. Las personas buscan una conexión con lo divino y lo sobrenatural, así para encarar el sufrimiento y alcanzar la felicidad. Actúa como factor de protección influyendo en el desarrollo de comportamientos resilientes, favoreciendo una adecuada calidad de vida. ⁽⁴⁶⁾

5. Tipo de familia: Se define como familia u hogar cuando se tiene, por lo menos, un miembro con relación de parentesco, para su clasificación por tipos se considera las definiciones desarrolladas por el INEI. ⁽⁴⁵⁾

- a. Hogar nuclear: se pueden distinguir
 - a.1 Nuclear sin hijos (pareja o biparental): jefe(a) y conyuge, sin hijos, sin otros familiares y sin otras personas no familiares.

a.2 Nuclear con hijos (pareja o biparental): jefe(a) y conyugue, con hijos, sin otros familiares y sin otras personas no familiares.

a.3 Nuclear monoparental: jefe(a) sin conyugue, con hijos, sin otros familiares y sin otras personas no familiares.

b. Hogar extendido:

b.1 Extendido sin hijos: nuclear (pareja o biparental) sin hijos, con otros familiares, sin otras personas no familiares.

b.2 Extendido con hijos: nuclear (pareja o biparental) con hijos, con otros familiares, sin otras personas no familiares.

b.3 Extendido monoparental: nuclear monoparental (jefe/a sin pareja con hijo), con otros familiares, sin otras personas no familiares.

c. Hogar compuesto

c.1 Compuesto nuclear: hogares nucleares, con otras personas no familiares.

c.2 Compuesto extendido: hogares extendidos, con otros no familiares.

d. Unipersonal: Hogar unipersonal, únicamente jefe(a)

e. hogar sin núcleo: Jefe(a) solo con familiar, no familiar, con y no familiar.

6. Aseguramiento de salud: La Ley de Aseguramiento Universal en Salud, dispone que cualquier seguro de salud debe brindar un plan con beneficios que garanticen condiciones e intervenciones de calidad y oportunidad de acceso a los servicios de salud, pudiendo ser de carácter público, privado o mixto. ⁽⁴⁷⁾

Los grupos vulnerables y en pobreza que no cuentan con los medios para cubrir gastos en salud son protegidos por el gobierno mediante el Seguro Integral de Salud (SIS), que busca mejorar el acceso a los servicios de salud de manera oportuna y con calidad. ⁽⁴⁸⁾

7. Género: La OMS la define como una construcción sociocultural que determina lo femenino o masculino. ⁽⁴⁹⁾

Los estudios realizados con resiliencia según el género no han llegado a un consenso, Gonzáles y Valdez citados en San Román ⁽⁵⁰⁾ hallaron que los hombres son menos resilientes que las mujeres, porque el hombre se expone a más situaciones riesgosas representando mayor vulnerabilidad. Álvarez y Cáceres ⁽⁵¹⁾ señalan que las mujeres cuentan con habilidades y recursos de adaptación a situaciones de estrés más efectivos. Hay otros autores como Fínez y Morán ⁽⁵²⁾ que refieren que los hombres presentan mayores niveles de resiliencia, pero también existen otros estudios como el de Zurita et al ⁽⁵³⁾ y Caicedo ⁽⁵⁴⁾ quienes observan que hombres y mujeres no muestran diferencias significativas de género.

8. Edad: es el tiempo transcurrido entre el nacimiento de un individuo y el momento que es evaluado o medido. Se mide en días, meses o años. El INEI considera como etapas de vida en el Perú: ⁽⁵⁵⁻⁵⁶⁾

- a. Niños (0-11 años, 11 meses y 29 días)
- b. Adolescente (12-17 años, 11 meses 29 días)
- c. Joven (18-29 años, 11 meses 29 días)
- d. Adulto (30-59 años, 11 meses 29 días)
- e. Adulto mayor (más de 60 años)

Los estudios de Gínez et al ⁽⁵⁷⁾ manifiestan que los adultos – jóvenes obtuvieron elevada resiliencia y los adolescentes alcanzaron baja resiliencia por lo que a mayor edad se incrementa la resiliencia. García et al ⁽⁵⁸⁾ no hallaron diferencias significativas. Mientras que, Tsigkaropoulo ⁽⁵⁹⁾ encontró que las personas más jóvenes eran más resilientes que los mayores.

9. Lugar de Procedencia: Espacio geográfico donde la persona nace y vive desarrollando tradiciones y costumbres propias que lo caracterizan, estas costumbres podrían cambiar cuando emigran a otros espacios, adaptándose al nuevo medio social o generando una nueva cultura mezcla de los anteriores y el actual (transculturalidad).⁽⁶⁰⁾

Las ciudades ofrecen servicios centralizados y fiables, además de diversas oportunidades económicas que subsisten en épocas de penuria indispensables para el bienestar y la resiliencia de las personas. Los habitantes rurales suelen optar por la migración laboral de corta o larga duración hacia las zonas urbanas para diversificar sus fuentes de ingresos durante la temporada baja en el campo, y en épocas de sequía o inundaciones. Por lo tanto, para la mayoría de los migrantes el traslado a una ciudad es una decisión trascendental que probablemente redundará en un mayor bienestar y en el fortalecimiento de su resistencia ante la adversidad.

10. Lugar de residencia: Constituido por el espacio geográfico donde reside o vive la persona con mayor permanencia. El INEI ⁽⁴⁵⁾ considera las siguientes definiciones.

- a. Urbana: Constituida por centros poblados urbanos que cuentan como mínimo con 100 viviendas distribuidos en bloques contiguos. La cantidad poblacional va de 2 mil a más habitantes, cuenta con amplia área urbana ocupada y alta densidad poblacional por lo que tienen que enfrentar dinámicas urbanas y sociopolíticas más complejas de las que enfrenta un municipio pequeño y de baja densidad. Lo conforman manzanas, calles y urbanizaciones. Las actividades como comercio, uso de la tecnología, el turismo y las desigualdades sociales son predominantes.
- b. Rural: Áreas geográficas ubicadas en las afueras de las grandes ciudades, se caracterizan por contar con una densidad poblacional bastante baja y la cantidad es menos de 2 mil habitantes. Si bien estas zonas han sufrido una modernización debido a la economía exportadora y modernidad en la agricultura por el uso de maquinarias, también se generó desempleo, obligando a los habitantes a emigrar a las metrópolis en busca de una mejor calidad de vida.
- c. Urbano-marginal: También llamados barrios urbanos marginales (BUM) originados de la ocupación espontánea e informal de territorios. Sus habitantes quienes emigraron de zonas rurales por las limitadas posibilidades de desarrollo, viven en condiciones precarias; carecen, total o parcialmente, de servicios de agua potable y desagüe; las viviendas son construidas con material precario, inadecuada infraestructura pública (calles y parques), sistemas de comunicación vial escasos o deficientes, carencia de infraestructura para servicios de salud o educación, y una situación de abandono generalizada en lo correspondiente a

seguridad ciudadana. Resultando favorable la continuidad de la pobreza. Estas áreas concentran los AA. HH informales, pueblos jóvenes, villas, entre otros. ⁽⁶¹⁾

2.1.2.3 Tuberculosis

Enfermedad infecciosa producida por el *Mycobacterium Tuberculosis* o Bacilo de Koch, afecta principalmente al pulmón, pudiendo también dañar otros órganos (tuberculosis extrapulmonar). Su curso es subagudo o crónico. ⁽⁶²⁾

Mecanismo de Transmisión y Factores de Riesgo de la Tuberculosis

La transmisión de *Mycobacterium tuberculosis* es principalmente de persona a persona, mediante gotas de secreción de la vía aérea que se eliminan como aerosoles, cuando tose, estornuda, ríe, habla, entre otros. Estos aerosoles pequeños (menos de 10u de diámetro) alcanzan los alvéolos pulmonares. ⁽⁶²⁾

Los factores de riesgo que van a predisponer el contagio son la TB pulmonar con baciloscopias positivas (más de la mitad de los contactos cercanos pueden infectarse), la cantidad de bacilos en el esputo, la duración y frecuencia del contacto con la persona enferma, inadecuada ventilación y las condiciones de la persona expuesta (nutrición y comorbilidades). ⁽⁶²⁾

Manifestaciones Clínicas

Si la enfermedad se desarrolla, el inicio suele ser gradual, a veces solo con presencia de fiebre (de predominio en las tardes), puede asociarse con anorexia, palidez, pérdida de peso, astenia, adinamia y diaforesis nocturna. ⁽⁶²⁾

En la reinfección, la sintomatología es parecida en un inicio a la primoinfección, con síntomas inespecíficos como anorexia, fatiga, pérdida de peso, fiebre, diaforesis nocturna y tos productiva. La tos se presenta para intentar limpiar las secreciones de las cavitaciones, esta tos usualmente es bien tolerada, pero se puede hacer molesta si hay lesión extensa de los bronquios. La hemoptisis se presenta por el desprendimiento de la mucosa o por la erosión endobronquial, que indica enfermedad avanzada. ⁽⁶²⁾

Diagnóstico

Según la Norma Técnica de Salud para la Atención integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, ⁽⁶³⁾ el diagnóstico se realiza mediante las siguientes pruebas:

1. Baciloscopía directa: Permite detectar la presencia entre 10 y 99 bacilos acidorresistentes en 100 campos observados (BAAR +), esto es muy importante porque son los más contagiosos y con alta mortalidad.
2. Cultivo de micobacterias: Los métodos aseguran un diagnóstico certero de TB, demora entre 20 a 30 días. En el país son aceptados los métodos Löwenstein – Jensen, agar 7H10; y la prueba MODS.

3. Diagnóstico radiológico: La radiografía de tórax es importante cuando existe sospecha de tuberculosis, se utiliza de manera conjunta con otras pruebas para el diagnóstico definitivo ya que podría darse el caso de un falso negativo. Si no hay cambios radiológicos en un periodo de 4 – 6 meses indicaría que la enfermedad esta inactiva.

4. Diagnóstico de tuberculosis latente: La prueba de Mantoux o Tuberculina (derivado proteico purificado) es el método de diagnóstico de TB silenciosa o latente (no presenta síntomas y no pueden contagiar a otras personas). Mediante la prueba de Tuberculina se diagnostica la TB latente (no desarrolla la enfermedad). Debiendo considerarse positivo en caso que la induración formada sea igual o mayor a 10 mm a excepción de pacientes con VIH/SIDA, quimioterapia, tratamiento largo con corticoide, entre otros, donde el valor es de 5 mm o más. Enfermería se encarga de realizar este procedimiento.

Factores Propios del Tratamiento

El enfermo con TB recibe atención gratuita en el establecimiento de salud, accediendo a los diferentes servicios como atención médica, por enfermería, servicio social, psicología, obstetricia, nutrición y exámenes auxiliares basales, como se detalla en la Norma Técnica de Salud. ⁽⁶³⁾

A. Tipo de Tuberculosis

a. Tuberculosis pulmonar: De todas las formas, es la más contagiosa y la más común, afecta principalmente el tracto respiratorio. La manifestación pulmonar más frecuente es la tos seca en un inicio y luego con expectoración con o sin hemoptisis, y dolor torácico.

b. Tuberculosis extrapulmonar: cuando lesiona a otros órganos fuera del pulmón tales como la laringe, la pleura (la membrana que envuelve a cada pulmón), el cerebro, los huesos, entre otros. La mayoría no se transmite por contagio entre las personas ya que no es posible aerolizar los bacilos, pero si producirá cuadros clínicos complejos en los afectados.

B. Tipo y Duración del Tratamiento

a. Esquema de tratamiento para tuberculosis sensible (2RHZE / 4R₃H₃)
Indicado para pacientes con TB pulmonar frotis positivo o negativo, pacientes con TB extrapulmonar excepto con compromiso miliar, SNC y osteoarticular. Los medicamentos se administran vía oral y son cuatro: isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.

Comprende dos fases: la primera fase de inducción o bactericida, el tratamiento es de toma diaria, reduce la multiplicación bacteriana (lográndose destruir el 90% de la población bacteriana en los diez primeros días) para prevenir la resistencia y con ello el fracaso al tratamiento, su duración es dos meses. En la a segunda fase también llamada esterilizante se toma los medicamentos tres veces por semana debido a que la multiplicación bacteriana es menos frecuente. La cantidad de fármacos es menor, pero suficiente para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar recaídas, dura cuatro meses, en el caso de la TB extrapulmonar se extiende a diez meses.

b. Esquema de tratamiento para tuberculosis resistente: Los medicamentos son administrados vía oral y parenteral. Todos los días se aplican inyectables hasta reducir la cantidad de bacterias, luego pasa a ser intermitente. Son de tres tipos: estandarizado, empírico e

individualizado. El tratamiento es mayor a 18 meses y para los casos de TB XDR puede ser mayor a 24 meses, en caso el médico lo autorice.

C. Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)

Los efectos adversos como náuseas, vómito, diarrea, cólicos, reacciones de hipersensibilidad, sobrecarga de volumen, leucopenia, trombocitopenia, hepatopatía, ictericia, nefrotoxicidad y ototoxicidad se presentan con frecuencia y en algunos casos asociados al abandono del tratamiento y baja adherencia

Los fármacos empleados en tratamiento de la tuberculosis resistente (TB MDR: enfermedad causada por cepas de *Mycobacterium tuberculosis* resistentes a isoniácida y rifampicina) y extensamente resistente (TB XDR: que presenta resistencia adicional por lo menos a una fluoroquinolona y a un fármaco de segunda línea) más tóxicos que los usados en TB sensible.

Determinantes Sociales de la Tuberculosis

Un conjunto de determinantes sociales condiciona la salud de las personas en el medio donde desenvuelven, a ese conjunto se le denomina determinantes sociales de la salud (DSS). ⁽²⁾

La exposición al contagio y el desarrollo de la enfermedad son influenciados por los DSS, es conocido que la persona contagiada no siempre enferma, esto se va determinar por las condiciones biológicas, sociales y ambientales, pudiendo agudizarse por la pobreza e inequidad; desnutrición, hacinamiento, desempleo, baja educación, dificultad al

acceso e ineficiencia de los servicios de salud; estigmatización, exclusión y discriminación. ⁽²⁾

La desigualdad política, económica, social y cultural mantiene perenne la pobreza, ocasionando carencias que dañan la reputación, autoestima y autonomía de las personas encontrando el ambiente propicio para que el bacilo desarrolle la enfermedad. ⁽⁵⁷⁾ El precario ingreso económico y bajo nivel educativo, genera una inadecuada nutrición por escasos alimentos y malos hábitos de alimentación, sabemos que la TB está asociada con el déficit nutricional, tanto para el riesgo de adquirirla o que la infección por TB agrave la desnutrición. ⁽¹⁶⁾

La estrategia de TB cuenta con un programa de apoyo alimentario para personas afectadas por tuberculosis (PANTBC), entregándose una canasta de víveres a cada paciente, la cual es insuficiente al ser compartida con el núcleo familiar, estos alimentos no contienen todos los valores nutricionales que requiere un paciente con TB, y no hay manejo y control adecuados para su distribución, pese a ello parece contribuir a la adherencia al tratamiento. ⁽¹⁶⁾

Es de considerar que los altos niveles de migración y el crecimiento de la población urbana han dado lugar a malas condiciones ambientales y de vivienda. La TB está relacionada con el hacinamiento que sumado a una mala ventilación y poca luz solar en las viviendas y espacios de trabajo facilitan que las personas sanas estén expuestas a infectarse. ⁽²⁾

Pertenecemos a una sociedad altamente jerarquizada, excluyente y discriminatoria, donde los menos favorecidos no gozan plenamente de sus derechos; los afectados por TB por un lado reciben apoyo y comprensión de la familia y comunidad, pero por otro son víctimas de

discriminación no solo por la familia y comunidad sino por parte del personal de salud, lo que menoscaba su valía para enfrentar la enfermedad. ^(10,64)

Es también importante considerar que en el país impera la informalidad, los trabajos constituyen riesgo para la salud física y mental, además de ser mal remunerados, sobre todo para los pobres y con baja educación. A esto se suma el hecho de que la tuberculosis genera pérdidas económicas y abandono del trabajo repercutiendo negativamente en la familia y el afectado que desde ya se encuentran en una situación crítica. ^(10, 16)

Asimismo, el analfabetismo y los casos de TB están relacionados positivamente, así, los bajos niveles educativos conllevan a que no tengan información adecuada sobre la enfermedad y los afectados dejan temporalmente los estudios o lo abandonan continuando con el círculo vicioso de la pobreza. ⁽¹⁰⁾

El Ministerio de Salud (MINSA) debe garantizar la atención gratuita de pacientes afectados por TB mediante la estrategia, además de contar con la afiliación al SIS subsidiado en un 100%; sin embargo, los establecimientos de salud no cuentan con los recursos humanos capacitados y suficientes para atender la enorme demanda poblacional, siendo los afectados por TB los más perjudicados. Asimismo, el continuo desabastecimiento de medicamentos en zonas rurales y marginadas evidencian las inequidades en el acceso a servicios de salud. ⁽¹⁶⁾

La Sociedad y el Enfermo de Tuberculosis

Sobre la base biológica de la entidad patológica y su tratamiento, se construye la enfermedad con elementos sociales y morales, siendo estos últimos los que asemejan a la TB con afecciones como la sífilis, hace un siglo, y con el VIH- SIDA en la actualidad. Es así como el enfermo de TB arrastra la sanción moral no solo de ser responsable de la adquisición de la enfermedad, sino también del fracaso en su recuperación, cuando es el caso.

Así se va construyendo una representación social en el enfermo, muchos creen que enfermaron por no alimentarse, por trabajo excesivo, por consumir bebidas frías o por sentir frustraciones y penas, resultándole difícil aceptar y comprender que fue contagiado por otra persona enferma de su mismo entorno social. El enfermo de TB mantiene la creencia de que no tiene cura, que no debe interactuar socialmente, se ve limitado físicamente para continuar una vida normal, intenta ocultar la enfermedad como si se tratara de algo indigno creándose un inconsciente colectivo que disminuye el apoyo social por las conductas discriminativas. ⁽¹⁰⁾

El estigma social o prejuicio hacia los afectados es muy profundo, la causa principal es el temor al contagio, por lo que ocultan sus síntomas, tienen sentimientos de vergüenza, retrasan el diagnóstico e inicio oportuno del tratamiento. La comunidad por su parte, los considera peligrosos optando por actitudes hostiles, logrando que los pacientes se encuentren socialmente aislados para evitar infectar a todos en su entorno; pudiendo sobrevenir sentimientos de culpa, vergüenza, rechazo, tristeza, soledad e impotencia al sentirse señalados y excluidos por sus familiares, amigos y comunidad. ⁽¹⁰⁻¹¹⁾

Por su parte, acudir al establecimiento de salud, se convierte en un nuevo sufrimiento, estos lugares son significativos para ellos porque ahí reciben tratamiento, sin embargo, muchas veces quienes tienen el deber de acogerlos y apoyarlos, actúan discriminándolos.

Reacciones Psicoemocionales Adversas Asociadas a la Tuberculosis

Al recibir como resultado un diagnóstico positivo para TB, el afectado y su familia van a experimentar preocupación, ansiedad, tristeza, u otras reacciones emocionales naturales, siendo que algunos pudieran presentar alteraciones emocionales, que podrían dificultar las posibilidades de recuperación:

A. Del paciente con tuberculosis: Los pacientes con diagnóstico de TB se sienten muy angustiados por las prolongadas hospitalizaciones y la necesidad de permanecer en reposo obligatorio, y otros factores personales, culturales y ambientales que los hacen más propensos a patologías como depresión, disturbios del sueño, ira excesiva entre otros. ⁽⁶⁵⁾

Se produce un distanciamiento físico con la familia por el temor a contagiar, por ejemplo las madres ya no dan muestras de cariño (abrazos y besos) a sus hijos o esposos, las parejas dejan de intimar sexualmente afectando la relación afectiva, por desconocimiento estas conductas continúan aun después de tener resultados negativos; surgen crisis familiares como resultando de la desintegración de la familia o pareja, conduciendo a los afectados a la depresión por baja autoestima y aislamiento social. ⁽¹⁰⁾

La creencia de estar limitado físicamente, origina temor de realizar actividades físicas (correr, bailar, entre otros), estudiar o trabajar aun cuando ya está en tratamiento y estando en óptimas condiciones físicas. Si a esto le sumamos que algunos presentan efectos adversos se convierten en motivos suficientes para abortar sus proyectos de desarrollo personal, generándose frustraciones. ⁽¹⁰⁾

El temor de ser vistos en el establecimiento de salud por conocidos es latente, experimentan fuertes sentimientos de vergüenza e inferioridad, muchos terminan abandonando el tratamiento reflejando un problema de salud mental pues muchas veces con esa conducta lo que quieren realmente es morir, hacer daño a otras personas, o manipular al familiar o personal de salud porque detrás de esto hay estados psicóticos o psicopáticos. ⁽⁶⁵⁾

El nivel de perturbación que producen los efectos colaterales del tratamiento son muy variables en el afectado, se ha observado que pacientes con inadecuadas redes familiares y sociales, y estructuras de personalidad vulnerables o con antecedentes de trastornos psiquiátricos, son más sensibles a dichos efectos.

B. De la familia del paciente con tuberculosis: Al enfermar un miembro de la familia, los sentimientos que experimentan los demás integrantes son contradictorios, mientras que por un lado la culpa los lleva a protegerlos, les brindan afecto y apoyo económico, en otros niegan conscientemente la enfermedad, la cólera los conduce a rechazar y criticar al familiar enfermo, tomar medidas de segregación con los utensilios(cubiertos) aún después de tener esputos negativos y tratamiento avanzado, afectando la dinámica familiar. ⁽⁶⁶⁾

El temor a ser contagiado y las creencias equivocadas acerca de la enfermedad lleva muchas veces a la familia a adoptar conductas discriminatorias, cuando debería ser la familia la fuente o red más importante de apoyo social con el que debe contar permanentemente el afectado por TB.

La /el Enfermera/o en la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis

La enfermedad trae serias repercusiones en la esfera psicoemocional, expresado en signos de desesperanza, sentimientos de tristeza y soledad, disminución de su capacidad de afronte de la enfermedad, etc. Son momentos en los que su capacidad resiliente se pone a prueba, por tanto, deben ser promovidos por la/el enfermera/o, para mejorar su salud mental y su capacidad de afronte ante la enfermedad. Si bien, todo el equipo multidisciplinario es responsable del cuidado a los pacientes con TB en los centros de salud, este debe ser integral e individualizado para el paciente y su familia considerando su contexto o comunidad, haciendo hincapié en la educación, control y seguimiento del enfermo y sus contactos.

Entre las actividades que realiza la/el enfermera/o en el seguimiento de casos tenemos la entrevista, visita domiciliaria, organización y administración de quimioprofilaxis; referencia, contra referencia, derivación y transferencia de pacientes. ⁽⁶⁷⁾

Para dicho fin la enfermera(o) debe tener un deseo auténtico de ayuda, respeto y actitud abierta para comprender al enfermo como una persona viviendo un proceso que trasciende lo orgánico; un proceso vital que

afecta sus emociones, sus relaciones, sus actividades y aun sus posiciones existenciales y espirituales.

Debe tenerse presente asimismo, que la relación del equipo de salud con el paciente, no es una neutra ni objetiva, sino una relación interpersonal profunda, que involucra aspectos de personalidad de ambos sujetos y moviliza sentimientos en ambas partes.

2.1.3 Identificación de variables

V1: Resiliencia: Variable cualitativa ordinal, dependiente

V2: Factores: Variable cualitativa nominal, independiente

2.1.4 Formulación de hipótesis

Hi: Existe asociación estadísticamente significativa entre el grado de resiliencia y los factores sociales, demográficos, y propios del tratamiento en los pacientes con tuberculosis.

H0: No existe asociación estadísticamente significativa entre el grado de resiliencia y los factores sociales, demográficos, y propios del tratamiento en los pacientes con tuberculosis.

2.1.5 Definición operacional de términos

Resiliencia: capacidad del paciente con tuberculosis para resistir al estrés, tolerar la presión del medio social al que es expuesto (no dejarse arrastrar por la discriminación), enfrentar las limitaciones físicas impuestas por la enfermedad, adaptarse a la situación y vivir de forma positiva, asumiendo a su vez adherencia al tratamiento y

responsabilidad en el cuidado de su salud. Se considera como características la ecuanimidad, satisfacción personal, perseverancia, confianza en sí mismo y sentirse bien solo. Será medida por medio de una escala Likert modificada, aplicada mediante entrevista personal, cuyo valor final será catalogado en grado alto y bajo.

Factores: conjunto de características de orden sociodemográfico y propios del tratamiento de los pacientes con tuberculosis que directa o indirectamente van a incidir en la resiliencia del paciente, sus indicadores son: ocupación, nivel de educación, estado civil, tipo de familia, hijos, seguro de salud, religión, edad, género, lugar de procedencia y lugar de residencia.

Paciente con tuberculosis: persona que tiene 18 o más años de edad, sea mujer o varón, que, por padecer una enfermedad infecciosa provocada por el Bacilo de Koch, a nivel pulmonar o extrapulmonar, se encuentra registrada en el programa del establecimiento de salud donde recibe tratamiento.

2.2 DISEÑO METODOLÓGICO

2.2.1 Tipo, nivel y método de investigación

El presente estudio es observacional, con enfoque cuantitativo porque las variables estudiadas serán susceptibles de ser medidas, de nivel aplicativo porque busca la utilización de los resultados para modificar una realidad, tipo descriptivo y correlacional (asociación), porque permitirá conocer el comportamiento de cada variable en particular y cómo puede comportarse una variable en función al comportamiento de

otras variables vinculadas, y de corte transversal porque la información es recopilada y tratada en un tiempo y espacio determinado.

2.2.2 Descripción del área de estudio

El presente estudio se realizó en dos centros de salud pertenecientes a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Centro: el “Centro de Salud San Sebastián” y “Centro de Salud Conde de la Vega Baja.”

El Centro de Salud Conde de la Vega Baja se fundó en el año 1983, es de categoría I-3 y se encuentra ubicado en el Jr. Conde de la vega Baja 480 Lima. El servicio de prevención y control de la TB en esta institución de salud, está a cargo de un médico cirujano, dos enfermeras y una técnica de enfermería. Durante los meses de enero a julio del 2019 en el establecimiento se registraron 16 casos nuevos de los cuales 2 fueron TB MDR.

El Centro de Salud San Sebastián es de categoría I-3, se encuentra ubicado en Jr. Ica 774, cercado de Lima. El servicio de prevención y control de la TB en esta institución de salud, está a cargo de un médico cirujano, una enfermera y una psicóloga. En el primer semestre del 2019 se registraron 42 casos nuevos de los cuales 4 fueron TB MDR.

2.2.3 Población

La población estuvo conformada por todos los pacientes inscritos y que reciben tratamiento en la estrategia de tuberculosis de los Centros de Salud: Conde de la Vega Baja y San Sebastián, entre los meses de enero a julio del 2019, siendo un total de 113 pacientes.

2.2.4 Muestra. Muestreo

Se usó un muestreo no probabilístico por conveniencia, por tratarse de una población reducida. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, la muestra quedó conformada por 37 pacientes.

2.2.5 Criterios de inclusión

- Paciente con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar o Extra pulmonar perteneciente al esquema de tratamiento sensible o resistente.
- Sexo femenino o masculino
- Alfabetos
- Mayor o igual a 18 años

2.2.6 Criterios de exclusión

- Pacientes que presentan otras comorbilidades (VIH, Diabetes, entre otros)
- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes con discapacidades físicas y mentales

2.2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la entrevista personal, para lo cual se trabajó con cada participante un aproximado de 20 y 30 minutos. Se explicó cómo llenar el instrumento y se resolvieron las interrogantes que surgieron en el momento.

Los instrumentos utilizados fueron la escala tipo Likert modificada (escala de resiliencia) y un cuestionario con preguntas sociodemográficas y propios del tratamiento.

La escala tipo Likert modificada aplicada al estudio fue construida a partir de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, revisada en 1993 y de origen estadounidense. Ha sido adaptada y validada en varios idiomas incluidos el español. El instrumento consta de 25 enunciados y una escala de puntuación del 1 al 7 (desacuerdo hasta de acuerdo), los puntajes oscilan entre 25 a 175. Conformada por el factor competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida.

El instrumento consta de dos partes: En la primera parte se detallan las instrucciones para el llenado de la escala, considerando como deben ser llenadas las casillas de acuerdo a la respuesta del paciente ante cada enunciado.

En la segunda parte denominada datos específicos contiene 27 ítems sobre la variable de estudio, cubriendo los dos factores de la resiliencia: Factor Competencia personal con 18 enunciados que responden a 3 indicadores (perseverancia, confianza en sí mismo y sentirse bien solo) y el Factor Aceptación de uno mismo y de la vida con 9 enunciados que responden a 2 indicadores (ecuanimidad y satisfacción personal). (Ver anexo C)

Contiene enunciados positivos y negativos que indagan sobre aspectos de la resiliencia, tiene cuatro alternativas de respuesta que van desde “siempre” (4), “casi siempre” (3), “a veces” (2) y “nunca” (1) cuando el enunciado es positivo y “siempre” (1), “casi siempre” (2), “a veces” (3) y “nunca” (4) Cuando es negativo.

El cuestionario sociodemográfico y propios del tratamiento contiene preguntas cerradas y abiertas, se divide en dos partes: factores sociodemográficos con 11 preguntas que responden a 11 indicadores (edad, género, lugar de procedencia, lugar de residencia, estado civil, tipo de familia, hijos, nivel de educación, ocupación, religión, seguro de salud) y factores propios del tratamiento con 5 preguntas que responden a 5 indicadores (tipo de tuberculosis, tipo de tratamiento, fase de tratamiento, tiempo de tratamiento y reacciones adversas a los medicamentos). (Ver anexo C)

2.2.8 Validez y confiabilidad

El instrumento fue sometido a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos, el cual estuvo conformado por ocho profesionales, entre docentes de Enfermería, especialistas en el área de prevención y control de la TB, docentes del área de investigación de la UNMSM, así como dos psicólogos. Como resultado y contraste de la prueba binomial se obtuvo un valor menor a 0.05 por lo tanto, la concordancia es significativa. (Ver anexo E)

La confiabilidad del instrumento se halló mediante el coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach en la prueba piloto; resultando un valor mayor a 0.6, lo cual indica que el instrumento es confiable. (Ver anexo F)

2.2.9 Proceso de recolección, y análisis estadístico de los datos

Para la recolección de datos se realizaron los respectivos trámites administrativos obteniéndose la autorización de la DIRIS Lima Centro; luego, se coordinó con los médicos y enfermeras responsables de la

estrategia en los Centros de Salud Conde de la Vega Baja y San Sebastián. Los datos se recolectaron durante el mes de julio, el horario establecido fue de 8:00 am a 14:00 pm, y se consideró un tiempo de 20 a 30 minutos por paciente. Previamente se solicitó su aprobación de participar en el estudio mediante el documento de consentimiento informado, el cual fue explicado con detenimiento.

Posteriormente se diseñó la matriz de datos en el programa Excel 2013, sobre la base de la tabla de códigos elaborada con antelación (ANEXO G). El procesamiento de los datos se realizó mediante el software estadístico SPSS versión 23 para la estadística descriptiva, permitiendo elaborar tablas de frecuencias y porcentajes y así explicar la tendencia de las variables.

Para responder a los objetivos planteados y hallar la categorización del valor final de la variable resiliencia se usó la media aritmética en donde los valores menores que la media fueron calificados como grado bajo y los mayores o iguales que la media, como grado alto.

Para determinar si hay relación entre las variables se aplicó el análisis multivariante de regresión logística, Además se diseñó tablas de doble entrada (tabla de contingencia) para realizar la prueba chi cuadrado de cada variable de los factores con la resiliencia.

2.2.10 Consideraciones éticas

Para la ejecución el estudio se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- a. Respeto: A los procesos administrativos de la investigación para su autorización de ejecución en los establecimientos de salud, respeto a que los pacientes dispongan de información adecuada, al pleno respeto de sus derechos y libertades fundamentales en particular si se encuentran en situación especial de vulnerabilidad, antes, durante y después del recojo de datos.
- b. La autonomía: Defiende la libertad individual para tomar sus, decisiones y ejercer sus acciones de acuerdo a sus valores y convicciones personales. Es considerado en función a la firma del paciente en el documento de consentimiento informado (Ver anexo D), siempre y cuando acepte participar voluntariamente en el estudio.
- c. La justicia: Se reconoce que la equidad y la justicia otorgan a todos los pacientes que participan en el estudio derecho a acceder a sus resultados. El investigador está también obligado a tratar equitativamente a quienes participan en los procesos, procedimientos y servicios asociados a la investigación.
- d. Confidencialidad: Los límites a este derecho constituyen la que debe guardar un investigador, con respecto a la información obtenida del presente estudio, este se mantendrá en carácter de secreto profesional, por ello es de carácter anónimo evitando la exposición pública de estos; siendo utilizados solo para fines de la investigación.
- e. Beneficencia: El estudio tiene como fin hacer el bien para la sociedad, se busca promover el bienestar psicosocial de los

pacientes reduciendo los riesgos que le puedan causar un daño mayor a su salud.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 RESULTADOS:

3.1.1 Datos Generales

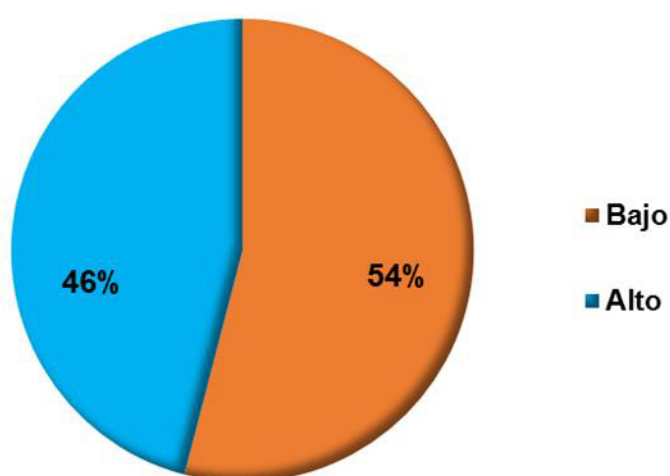
Del 100%(37) de pacientes con tuberculosis que fueron entrevistados, se hallaron las siguientes características sociodemográficas: en cuanto a edad el 43%(16) se encontraba entre 18 a 29 años, 43%(16) entre 30 a 59 años y 14%(5) entre 60 años a más; en cuanto al género 59%(22) era masculino y 41%(15) femenino; En relación al lugar de residencia, 76%(28) reside en zona urbano y 24%(9) en zona urbano – marginal; sobre lugar de procedencia 84%(31) proceden de la costa, 14%(5) de la sierra Y 2%(1) de la selva. Sobre el estado civil el 68%(25) eran solteros, 22%(8) casados o convivientes, 11%(4) divorciados o separados; 22%(8) pertenece a un hogar sin núcleo, 19%(7) a familia extendida y el 16%(6) a familia unipersonal; en relación al número de hijos, 51%(19) no tiene hijos y 49%(18) si los tiene; sobre la ocupación el 43%(16) son empleados, obreros o trabajadores independientes, el 27%(10) desocupados, 14%(5) es ama de casa, y el 14%(5) estudiantes; sobre la religión 95%(35) son creyentes y el 5%(2) no son creyentes; en relación al seguro para atención, 89%(33) cuentan con seguro de salud y 11%(4) no cuentan con ningún seguro; respecto al nivel de educación el 70%(26) tenía nivel secundaria, 19%(7) nivel superior y 11%(4) nivel primaria. (Ver anexo I)

Respecto a las características propias del tratamiento: En relación al tipo de tuberculosis, el 89%(33) tuvo pulmonar y 11%(4) extrapulmonar ; acerca del tipo de tratamiento, el 65%(24) recibió esquema sensible, 32%(12) esquema resistente MDR y 3%(1) esquema resistente XDR; sobre el tiempo de tratamiento, el 38%(14) ha tomado por un periodo de 2 a 6 meses, 24%(9) menor de 2 meses, 19%(7) de 6 a 12 meses, y 19%(7) más de 1 año; 57%(21) si presentó reacciones adversas al tratamiento y 43%(16) no presentó ninguna reacción adversa al tratamiento. (Ver anexo J)

3.1.2 Datos Específicos

GRÁFICO N° 1

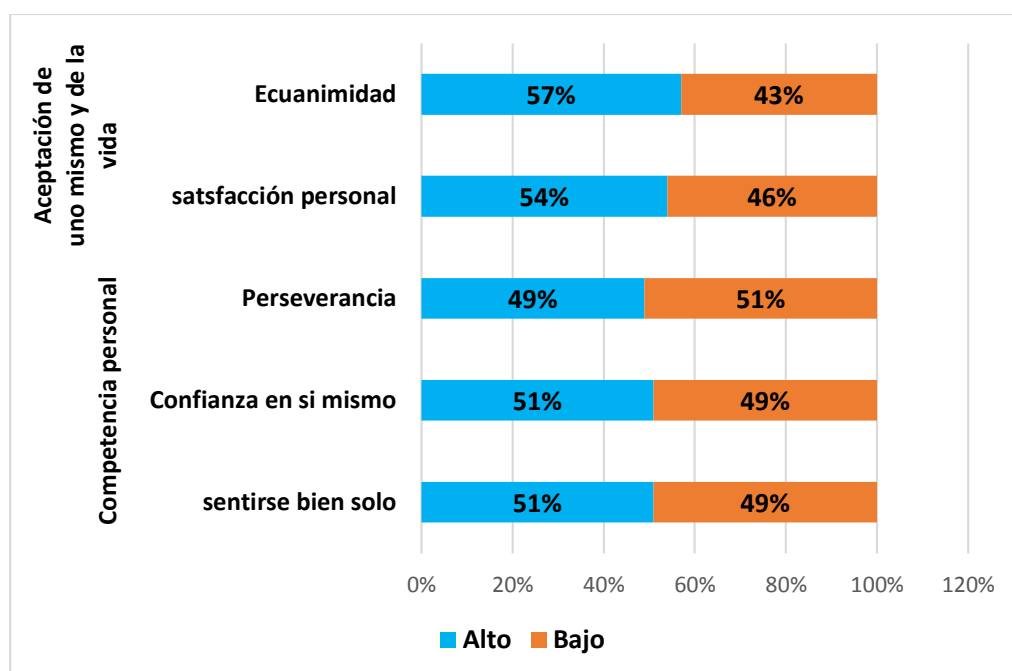
GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS
QUE ASISTEN A LOS CENTROS DE SALUD CONDE DE
LA VEGA BAJA Y SAN SEBASTIÁN
LIMA – PERÚ
2019



En el gráfico N°1 se observa que de 37(100%) pacientes con tuberculosis que fueron entrevistados, 20(54.05%) tienen grado bajo de resiliencia frente a 17(45.95%) con grado alto de resiliencia.

GRÁFICO N° 2

**CARACTERÍSTICAS DEL GRADO DE RESILIENCIA
PREDOMINANTES EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS
QUE ASISTEN A LOS CENTROS DE SALUD CONDE
DE LA VEGA BAJA Y SAN SEBASTIÁN
LIMA-PERÚ
2019**



Del gráfico N°2, se observa que 21(57%) presentan grado alto en la característica ecuanimidad, 20(54%) tienen grado alto de satisfacción personal, 19(51%) presentan grado alto en la característica sentirse bien solo, respecto a la característica confianza en sí mismo 19(51%) tienen grado alto y 19(51%) tienen grado bajo en la característica perseverancia.

TABLA N° 1
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL GRADO DE RESILIENCIA
EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LOS CENTROS
DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA Y SAN SEBASTIÁN
LIMA – PERÚ
2019

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	GRADO DE RESILIENCIA		X ²	Valor p	gl	OR	IC 95%
	Bajo N(%)	Alto N(%)					
OCUPACIÓN							
Si	8(22%)	10(27%)	3.014	0.083	1	5.366	0.805-35.760
No	12(32%)	7(19%)					
NIVEL DE EDUCACIÓN							
Primaria	3(8%)	1(3%)	4.371	0.112	2		
Secundaria	16(43%)	10(27%)	4.131	0.042*	1	0.013	0.000-0.856
Superior	1(3%)	6(16%)	3.457	0.042*	1	0.031	0.001-1.207
ESTADO CIVIL							
Soltero	12(32%)	13(35%)	3.905	0.142	2		
Conviviente	6(16.5%)	2(5.5%)	0.324	0.57	1	15	0.630-358.91
Separado	2(5.5%)	2(5.5%)	0.004	0.947	1	0,887	0.027 -29.424
TIPO DE FAMILIA							
Hogar sin núcleo	4(11%)	4(11%)	2	0.616	3		
Nuclear	7(19%)	9(24%)	0.495	0.482	1	2,387	0,211 -26,942
Extendido	5(14%)	2(5%)	1.148	0.284	1	3.89	0.324-46.66
Unipersonal	4(11%)	2(5%)	0.028	0.867	1	0.721	0.016-32.63
HIJOS							
Si	9(24.5%)	9(24.5%)	0.999	0.318	1	2.872	0.366-22.725
No	11(29.5%)	8(21.5%)					
SEGURO DE SALUD							
si tiene	18(49%)	15(41%)	0.849	0.357	1	6.276	0.126-312.32
no tiene	2(5.5%)	2(5.5%)					
RELIGIÓN							
Creyente	20(54%)	15(41%)	1.732	0.188	1	0.059	0.001-3.985
No creyente	0	2(5%)					
EDAD							
18 - 29 años	7(19%)	9(24%)	2.147	0.342	2		
30 - 59 años	11(29%)	5(14%)	0.096	0.757	1	0.696	0.070-6.901
60 a más	2(6%)	3(8%)	1.25	0.264	1	0.273	0.028-2.656
GÉNERO							
Masculino	11(30%)	11(30%)	0.153	0.696	1	0.755	0.184-3.095
Femenino	9(24%)	6(16%)					
LUGAR DE PROCEDENCIA							
Costa	16(43%)	15(41%)	0.71	0.703	2		
Sierra	3(8%)	2(5%)	0.548	0.459	1	2.914	0.172-49.477
Selva	1(3%)	0	0.092	0.761	1	1.712	0.053-54.857
LUGAR DE RESIDENCIA							
Urbano	16(43%)	13(35%)	0.047	0.828	1	0.841	0.175 - 4.030
Urbano marginal	4(11%)	4(11%)					

En la tabla n°1 sobre los factores sociodemográficos asociados al grado de resiliencia en pacientes con tuberculosis que asisten a los Centros de Salud Conde de La Vega Baja y San Sebastián, respecto al nivel de educación, un 43% de los pacientes tenían nivel secundaria y grado bajo de resiliencia, un 27% tenía nivel secundaria y grado alto de resiliencia, y un 16% nivel superior y grado alto de resiliencia. Mediante el análisis de regresión logística se encontró que la probabilidad es menor al nivel de significancia ($X^2=4.131$, $p^*<0.05$) por lo tanto el nivel de educación está asociado al grado de resiliencia, asimismo los Odds Ratio (OR) son menores a 1, por lo que la variable nivel de educación es un factor de protección para un grado alto de resiliencia.

Respecto a la edad se observa que un 29% tienen entre 30 a 59 años de edad con grado bajo de resiliencia, el género un 30% es masculino y tiene grado bajo de resiliencia, un 43% procede de la costa y tiene grado bajo de resiliencia, y un 41% de la sierra con grado bajo de resiliencia. Un 43% reside en zona urbano y grado bajo de resiliencia, el 32% no tiene ocupación y presenta grado bajo de resiliencia, el 24% tiene familia nuclear y grado alto de resiliencia y el 29% no tiene hijos y presenta grado bajo de resiliencia. Mediante el análisis de regresión logística se encontró que las probabilidades son mayores al nivel de significancia ($p>0.05$), por lo tanto las variables de los factores sociodemográficos no tienen ninguna asociación con el grado de resiliencia.

TABLA N° 2

FACTORES PROPIOS DEL TRATAMIENTO ASOCIADOS AL GRADO DE
RESILIENCIA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN
A LOS CENTROS DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA Y
SAN SEBASTIÁN
LIMA – PERÚ
2019

FACTORES PROPIOS DEL TRATAMIENTO	GRADO DE RESILIENCIA		X ²	Valor p	OR	IC 95%
	Bajo N(%)	Alto N(%)				
TIPO DE TB						
Pulmonar	18(49%)	15(40%)	0.108	0.742	0.727	0.109-4.852
Extrapulmonar	2(5.5%)	2(5.5%)				
TIPO DE TRATAMIENTO						
Sensible	12(32.5%)	12(32.5%)	0.742	0.69	0.495	0.1-2.452
MDR	8(21%)	4(11%)	0	1		
XDR	0(%)	1(3%)	0.742	0.389		
TIEMPO DE TRATAMIENTO						
< de 2 meses	6(16%)	6(16%)	0.788	0.852	0.354	0.023-5.474
2 - 6 meses	7(20%)	6(17%)	0.215	0.643		
6 - 12 meses	4(11%)	2(5%)	0.613	0.434		
> de 1 año	3(8%)	3(8%)	0.552	0.458		
REACCIONES ADVERSAS						
Si	13(35%)	8(22%)	1.152	0.283	2.039	0.555-7.486
No	7(19%)	9(24%)				

En la tabla n°3 respecto al tipo de tuberculosis un 49% es de tipo pulmonar con grado bajo de resiliencia, y un 40% es extrapulmonar con grado alto de resiliencia. En cuanto al tipo de tratamiento un 32.5% es sensible con grado bajo de resiliencia; un 20% de los pacientes están tomando los medicamentos entre 2 a 6 meses y tienen grado bajo de resiliencia, y un 17% tiene menos de 2 meses con el tratamiento y grado alto de resiliencia. El 35% si presentó reacciones adversas y tiene grado bajo de resiliencia, y un 24% no presentó reacciones adversas y tiene grado alto de resiliencia.

Mediante el análisis de regresión logística se encontró que las probabilidades son mayores al nivel de significancia ($p>0.05$) por lo tanto las variables de los factores propios del tratamiento no están asociados con el grado de resiliencia.

3.2 DISCUSIÓN

Las investigaciones sobre resiliencia demostraron que se relaciona con el afrontamiento y mayor posibilidad de recuperación de enfermedades físicas como Insuficiencia Renal, Diabetes, Cáncer, VIH/SIDA, Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Artritis Reumatoidea, y otras enfermedades autoinmunes. El presente estudio brinda información novedosa, al abordar a pacientes enfermos de tuberculosis.

El estudio halló que del total de pacientes, el 54% obtuvieron un grado bajo de resiliencia; este resultado difiere con lo encontrado por Plascencia y Castellanos ⁽²⁰⁾ en pacientes mexicanos portadores de VIH, donde se obtuvo un nivel alto de resiliencia (67.9%), ellos aceptaron la enfermedad, tuvieron mayor responsabilidad, capacidad para acceder a los servicios médicos, deseo de ayudar a los demás y desafiaron el estigma relacionado con la enfermedad. En forma similar, Morocho ⁽²⁴⁾ en Ecuador, halló alta resiliencia (60.2%), los pacientes fueron capaces de resistir, afrontar los obstáculos que puedan tener en su vida diaria, además de contar con creencias positivas, y un propósito de vida alcanzando una adecuada calidad de vida.

Por su parte Gao et al ⁽²²⁾ en pacientes chinos con cáncer oral, presentaron un nivel moderado de resiliencia. De igual manera, Pousa et al ⁽²⁵⁾ en Brasil, hallaron que el 57.5% presentaron mediana resiliencia en pacientes mujeres con LES. Se caracterizaron porque siguieron el

tratamiento correctamente, comprendieron la enfermedad, no tenían un trabajo y no intentaron averiguar por su cuenta sobre la enfermedad.

En nuestro país existen pocas investigaciones sobre el tema, pero cabe mencionar el trabajo realizado por Bedón ⁽²⁸⁾ en Huaral, quien encontró en pacientes con VIH/SIDA niveles altos y medios de resiliencia (43% y 33%, respectivamente). Ascencio ⁽²⁷⁾ en Chiclayo, reportó en pacientes mujeres con cáncer de mama, un nivel medio de resiliencia. Se mostraron poco capaces de enfrentarse a las demandas y competencias que exige la sociedad, no poseen control emocional y son dependientes, utilizan un afrontamiento basado en la emoción.

Las evidencias científicas demuestran que la variable resiliencia actúa como protección de la salud en el contexto de una enfermedad, relacionándose directamente con la adherencia al tratamiento e inversamente con la depresión y ansiedad. ⁽³⁴⁾ Los afectados resilientes demuestran habilidades de mayor recuperación, resistencia y afrontamiento del dolor. Logran actuar con rapidez ejerciendo mayor protección, se mantienen informados, incrementan sus relaciones interpersonales, se muestran optimistas, aceptan sus limitaciones, se adhieren al tratamiento y asumen responsablemente las situaciones frente a riesgos de salud. ⁽²⁹⁾

En el estudio el grado bajo de resiliencia, que presentaron los pacientes con tuberculosis, significa que son más propensos a sucumbir ante los factores de riesgo, al respecto, Balcázar et al ⁽⁶⁶⁾ mencionan que, las representaciones sociales negativas, el estigma, la discriminación por parte de la familia y personas significativas, el llevar a cabo un tratamiento prolongado y supervisado, las condiciones sociales, económicas y físicas deficientes afectan negativamente el

estado psicoemocional del paciente, pues los diferentes estudios demostraron que la ansiedad y depresión son estados muy significativos en la tuberculosis. Los pacientes con tuberculosis poseen poca resistencia al estrés, no aceptan la enfermedad, no se muestran solidarios, no comprenden aún la enfermedad, tienen creencias personales negativas, se sienten incapaces de enfrentar las limitaciones físicas y no toleran la presión del medio social al que es expuesto por la marginación, mostrándose irresponsables en el cuidado de su salud y baja adherencia al tratamiento.

Según los hallazgos, las características que obtuvieron, ligeramente, mayores porcentajes fueron ecuanimidad y satisfacción personal. En el estudio realizado por Espín ⁽¹⁹⁾ las características predominantes fueron perseverancia; son conscientes que a pesar de la enfermedad pueden tener un estilo de vida óptimo debiendo direccionar toda su fortaleza a seguir con el tratamiento, sentirse bien solo; capaces de entender lo únicos e importantes que son y el sentido de libertad, no les afecta en ocasiones estar solos y confianza en sí mismo; creen en sus capacidades, confían en ser responsables, no necesitan constantemente de las opiniones de su pareja o de algún familiar para tomar buenas decisiones.

La resiliencia no está presente en todo momento de la vida, no es un atributo personal innato, sino que se desarrolla gradualmente como resultado de la interacción dinámica entre los factores protectores y de riesgo. Son cualidades personales que refuerzan las oportunidades y opciones de las personas durante todas sus etapas de vida. Al respecto, Ojeda sintetizó las cualidades y las llamó “Pilares de la Resiliencia” (independencia, introspección, humor, capacidad de relacionarse, iniciativa, creatividad, moralidad y autoestima consistente). ⁽³⁰⁾ También

Wagnild y Young mencionan que deben desarrollar recursos que les permitan resolver problemas en su vida cotidiana manifestando una adaptación conductual. Señalan esos recursos como factores (competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida) que reflejan la definición de los “Pilares de la Resiliencia”.⁽³⁵⁾

En el estudio, la ecuanimidad está relacionado con aptitudes y cualidades de introspección y paciencia en donde se sienten amigos de sí mismos aceptándose tal y como son, y prefieren realizar sus actividades paso a paso sin impacientarse. La satisfacción personal de los pacientes denota cualidades como mantener el buen humor a pesar de las dificultades que puedan tener, no se sienten culpables por padecer la enfermedad y se sienten importantes por lo tanto su vida es valiosa.

Si bien, la ecuanimidad y satisfacción personal constituyen las características predominantes, en el estudio se puede deducir la necesidad de trabajar en el desarrollo de la capacidad de perseverancia, confianza en sí mismo y sentirse bien solo. La baja perseverancia de los pacientes no les permite contar con capacidades de autodisciplina pues no realizan sus exámenes médicos de control en la fecha programada, toman sus medicamentos de manera impuntual, falta iniciativa para mantenerse informado y comprender aspectos relacionados a la enfermedad o tratamiento y así actuar con rapidez ante los riesgos de salud, también persistencia para ver las cosas con optimismo, aun cuando el tratamiento tome más tiempo y la situación se torne más difícil. Asimismo es necesario fortalecer la capacidades de sentirse bien solo y confianza en sí mismo que están relacionados con aptitudes y habilidades de independencia que les permita estar solos, sin sentirse mal por ello, asistir a sus controles médicos sin que alguien los

acompañe, también realicen actividades en solitario, cuando tienen que estarlo, para así pensar menos en la enfermedad, resolver los problemas por su cuenta, lo antes posible, sentirse capaces de dejar hábitos que perjudiquen su salud, estar seguros que logran vencer la enfermedad, y ser solidarios con otros que enfermaron. El mantenimiento de estas capacidades a lo largo de sus vidas será importante para evitar que regresen a seguir viviendo en las mismas condiciones que facilitaron la transmisión y desarrollo de la enfermedad.

Respecto a los factores sociodemográficos asociados a la resiliencia, el nivel de educación ($\chi^2=3.457$, $p<0.005$) fue el único que se asoció. Un estudio similar fue realizado por Gao et al⁽²²⁾ en China a 230 pacientes con cáncer oral, encontraron que la educación ($OR=0.17$, $p<0.001$) se asoció positiva y significativamente con la resiliencia, mientras que las otras características demográficas y clínicas como la edad, sexo, índice de masa corporal, estado civil, ingresos mensuales, estado laboral, área de residencia, fumar y beber alcohol, tipo de tratamiento, antecedentes familiares de cáncer y metástasis a distancia del cáncer, no se relacionaron con la resiliencia. También el estudio realizado por Hu et al⁽²³⁾ en China hallaron en pacientes con cáncer de pulmón que la resiliencia se relacionó positivamente con el nivel de educación ($OR=0.12$, $p<0.005$), condiciones laborales, nivel económico, pero no se relacionó con la edad ni el sexo. Se entiende que mejor es la capacidad de recuperación en los pacientes al contar con mejores condiciones financieras, lo que permite inferir que un mayor nivel de educación permitirá acceder a una ocupación mejor calificada y remunerada mostrándose menos ansiosos y deprimidos.

A su vez contrario, a lo hallado, Plascencia et al⁽²⁰⁾ en México obtuvo que el nivel de estudio no se asoció con la resiliencia. Sin

embargo, el nivel educativo juega un papel importante para los pacientes con VIH, a mayor educación mayor serán las herramientas para hacer frente a la enfermedad, así como fortalecer su estado de salud a través de prácticas saludables. A nivel nacional, hay pocas investigaciones sobre el tema, mencionaremos el de Condori ⁽²⁶⁾ en Arequipa quien encontró que el nivel de educación, la religión, tiempo de tratamiento y el apoyo social tienen significancia estadística; no así la edad, sexo, estado civil, y el tipo de familia en pacientes con hemodiálisis.

La resiliencia surge como producto de la interacción de los procesos sociales y psíquicos durante el desarrollo de la persona, por tanto no es innato va depender del desarrollo de recursos personales, como las habilidades sociales y aptitudes que deben fomentarse en los diferentes espacios de socialización, principalmente la familia, escuela y comunidad. ⁽³⁰⁻³¹⁾

De acuerdo con esta lógica, es necesario integrar el concepto de resiliencia en la educación, inclusive desde la primera infancia. La educación como factor social tiene un impacto en la vida de las personas, provee mayor capacidad para adquirir conocimientos sobre salud y como combatir las enfermedades e incrementa las oportunidades laborales con mejores ingresos haciéndolo sentir más esperanzado en recuperarse contribuyendo a una vida saludable al proporcionar conocimientos y capacidades para resolver problemas. El objetivo fundamental es la promoción de factores protectores internos también llamados pilares de la resiliencia. Sin embargo, la educación brindada a nuestra sociedad, sobre todo para los menos favorecidos, no contempla aspectos que propicien conductas resilientes en las personas. Se centra en el aprendizaje de las matemáticas, la lectura o

la escritura de manera mecánica aniquilando otras capacidades como la reflexión en sí mismo y habilidades para adaptarse al cambio constante en el que vivimos.

En este estudio, encontramos que el nivel de educación es un factor de protección para un grado alto de resiliencia ($OR=0.031$, $IC=0.001-1.207$), por lo que se deduce que los pacientes enfermos de TB con un mayor nivel educativo contarían con factores protectores internos como la autoestima, creatividad, humor, introspección, iniciativa, autonomía, confianza y competencias para llevar a cabo el cuidado de su salud, comprender la enfermedad, generar una mejor convivencia y afrontamiento y obtener mejores resultados en relación con la adherencia al tratamiento. En ese sentido, la elaboración de una propuesta de intervención con enfoque de resiliencia en los servicios de prevención y control de la TB de los establecimientos de salud son necesarios, ello supone la articulación entre diversos actores como: El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), Ministerio de Salud (MINSA), Ministerio de Educación (MINEDU), los municipios, entre otros. Reafirmando así que el estado tiene la obligación de garantizar la satisfacción del derecho a la salud.

En la literatura hay investigaciones sobre resiliencia y su relación con variables sociodemográficas como las de Grotberg y Cyrulnik, donde afirman que la pobreza no impide el desarrollo de un niño resiliente, lo que arruina es la privación de afecto y cultura. ⁽³¹⁾ Respecto al género, se evidencian estudios contradictorios, mientras algunos autores como, Álvarez y Cáceres ⁽⁵¹⁾ reportaron que las mujeres son quienes poseen mayor capacidad de resiliencia respecto a los hombres, Fínez y Morán ⁽⁵²⁾ encontraron que los hombres son más resilientes que

las mujeres, y Zurita et al ⁽⁵³⁾ y Caicedo ⁽⁵⁴⁾ no encuentran alguna diferencia.

En cuanto resiliencia y edad, los estudios de Gínez et al ⁽⁵⁷⁾ encontraron que los adultos son más resilientes que los jóvenes y García et al ⁽⁵⁸⁾ no hallaron diferencias significativas. Mientras que, Tsigkaropoulo ⁽⁵⁹⁾ encontró que las personas más jóvenes eran más resilientes que los mayores.

Según los hallazgos los factores propios del tratamiento no se asocian a la resiliencia en pacientes con tuberculosis. Esto difiere del estudio de Quicenio y Vinaccia ⁽¹⁸⁾ en pacientes con enfermedades crónicas como: EPOC, Artritis Reumatoide, Insuficiencia Renal Crónica, hallaron que la resiliencia no se asocia con variables sociodemográficas pero si muestran asociación significativa en las características clínicas como el tiempo de enfermedad. Se deduce que los factores propios del tratamiento no son relevantes para la resiliencia de pacientes con tuberculosis, por lo que el paciente puede desarrollar resiliencia independientemente de las reacciones adversas, tiempo de tratamiento, tipo de tratamiento y tipo de TB. Esto no es concluyente ya que es posible que otras variables como el número de fármacos o incomodidad por inyecciones, entre otros, medien en los resultados hallados hasta el momento.

El equipo de salud y particularmente enfermería trabaja en distintos momentos críticos de la vida humana, por ejemplo embarazo, adolescencia, crecimiento y desarrollo de los niños, duelo, envejecimiento o con pacientes con enfermedades crónicas y terminales, momentos en los que su capacidad resiliente se pone a prueba, es por eso que enfermería desempeña una función importante

en la promoción de la resiliencia a nivel individual y comunitario a fin de superar la adversidad y poder construir un futuro mejor.

No se han encontrado estudios sobre resiliencia y tuberculosis, lo que nos impide comparar los resultados. Por otra parte, los resultados posiblemente no sean significativos porque el tamaño de la muestra es pequeña, se necesita una muestra más grande y multicéntrica para mejorar la representatividad de los resultados. A pesar de las limitaciones, un valor importante de este estudio es que hemos identificado por primera vez los posibles factores de influencia asociados con la resiliencia en pacientes con tuberculosis. El estudio ha agregado a la evidencia que las características internas o cualidades personales y un mayor nivel de educación son factores importantes para el desarrollo de la resiliencia en las personas enfermas de tuberculosis, y pueden explicar parcialmente por qué algunos pacientes se adhieren al tratamiento y superan la enfermedad y otros no, dejando abierto el camino para más exploraciones y comprensión de las conclusiones aquí descritas.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- El grado de resiliencia en los pacientes con tuberculosis que asisten a los Centros de Salud Conde de la Vega Baja y San Sebastián es bajo.
- Las características predominantes en los pacientes con tuberculosis son grados altos de ecuanimidad y satisfacción personal.
- El factor sociodemográfico que se asocia al grado de resiliencia en pacientes con tuberculosis es solamente el nivel de educación.
- Los factores propios del tratamiento no se asocian al grado de resiliencia en pacientes con tuberculosis.

4.2 RECOMENDACIONES

- Divulgar en eventos académicos nacionales e internacionales, la investigación desarrollada, para concientizar en el personal de salud, familiares y pacientes con tuberculosis, la búsqueda de estrategias para desarrollar, fortalecer y mantener los pilares de la resiliencia.
- Implementar en la estrategia de prevención y control de la tuberculosis que se desarrolla en los establecimientos de los diversos niveles de atención, sobre todo en el primer nivel, un trato humano resiliente hacia los pacientes, que acudan a los mismos.
- Las(os) enfermeras(os) que laboran en la estrategia de prevención y control de la tuberculosis deben introducir el enfoque de resiliencia en sus actividades asistenciales de consejería, visita domiciliaria y administración de tratamiento.
- Generar escenarios para un trabajo articulado entre el sector salud y educación, orientados a promover y fomentar la adquisición de habilidades sociales y personales que conduzcan a desarrollar valores y actitudes positivas hacia el cuidado la salud con una mirada holística.
- Incorporar en la formación de profesionales de salud conductas resilientes que les permita brindar un trato digno y humano a los pacientes teniendo en cuenta su nivel educativo y cultural para que puedan contar con técnicas apropiadas para promover la resiliencia en ellos mismos y en los que cuida.

- Las implicancias teóricas del tema se pueden profundizar mediante investigaciones cualitativas que permitan conocer otras facetas de la resiliencia, su fortalecimiento y su debilitamiento, para una mejor comprensión de los factores que contribuyen a la resiliencia en personas con tuberculosis y otras patologías infecciosas, crónicas y cronicodegenerativas.
- Desarrollar más investigaciones acerca del tema de resiliencia, en diferentes tipos de pacientes y con diferentes enfoques y metodologías, que permitan establecer un cuerpo de conocimientos y experiencias orientadas a generar un modelo de promoción de la resiliencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis. 2019. Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2019_EjecutiveSummary_es.pdf?ua=1 (último acceso 21 de enero del 2020)
- (2) Dirección General de Epidemiología (DGE), Red Nacional de Epidemiología (RENACE) y Ministerio de Salud (MINSA). Los determinantes sociales de la salud, las inequidades sociales y el impacto en el control de la tuberculosis. Boletín Epidemiológico (Lima).2015;(24)11. Disponible en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/11.pdf> (Último acceso 12 de noviembre del 2018).
- (3) Melillo A, Suárez E. compiladores. *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Editorial Paidós. Buenos Aires; 2001. p. 37-41, 86-87
- (4) Organización Panamericana de La Salud. Tuberculosis en las Américas 2018. Disponible en <http://www.actbistas.org/wp-content/uploads/2018/09/La-tuberculosis-en-las-americas-2018-Version-final.pdf> (Último acceso 20 de enero del 2020)
- (5) DPCTB: Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis – MINSA. Plan de Intervención de PCT en Lima Metropolitana y Regiones priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018 – 2020. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/Contenido.aspx?op=1007>. (Último acceso 24 de junio del 2019)
- (6) Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza A. Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2017; 34(2).Disponible en:

- <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n2/a21v34n2.pdf>. (Último acceso 13 de febrero del 2018).
- (7) Rivera O, Benites S, Mendigure J, Bonilla CA. Abandono del tratamiento en tuberculosis multirresistente: factores asociados en una región con alta carga de la enfermedad en el Perú. *Biomédica* 2019; 39(2). <https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i3.4564> (Último acceso 7 de enero del 2018)
- (8) Macera D. *Migración venezolana y su impacto en la economía peruana*. <https://elcomercio.pe/economia/peru/pobreza-peru-impacto-tuvo-migracion-venezolana-noticia-514673> (Último acceso 3 de febrero del 2019)
- (9) Organización Mundial de la Salud. Aplicación de la estrategia fin de la TB: aspectos esenciales. 2016. disponible en: http://www.who.int/tb/publications/2015/end_tb_essential_spanish_web.pdf. (Último acceso 22 de febrero del 2018)
- (10) Ministerio De Salud (MINSA)- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Vivir la Tuberculosis: estudio socioantropológico de la tuberculosis en dos zonas de alto riesgo en Lima: San Cosme y el Agustino. Lima; 2000. <https://core.ac.uk/download/pdf/71404694.pdf> (Último acceso 23 de abril del 2018)
- (11) Cruz M. *Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales en el centro de salud Tablada de Lurín, 2009*. [Tesis de Licenciatura].UNMSM. 2010
- (12) Cortés J, La Resiliencia: Una mirada desde la enfermería. Ciencia y Enfermería.2010;(3) https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300004 (Último acceso 9 de febrero del 2020)

- (13) Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta paul. Enferm.* 2007; 20(4)
- (14) Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Rev Ciencia y enfermería.* 2011; 17(3)
- (15) Guerrero R, Meneses M, De la cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. *Rev enferm Herediana.* 2016;9(2)
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/19486> (Último acceso 9 de febrero del 2020)
- (16) Fuentes L. Enfoque Sociopolítico para el control de la Tuberculosis en el Perú. *Revista Peruana de medicina Experimental.* 2009;(26)3
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a17v26n3.pdf>. (Último acceso 30 de enero del 2020)
- (17) Cremmers A, Gerrets R, Colvin C, Maqogi M, Grobush M. Tuberculosis patients and resilience: A visual ethnographic health study in Khayelitsha, Cape Town. *Social Science & Medicine.* 2018; (209). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.05.034>
(Último acceso 7 de febrero del 2019)
- (18) Quiceno J, Vinaccia S. Resiliencia y Características Sociodemográficas en Enfermos Crónicos. *Revista Psicología desde el Caribe.* Universidad del Norte 2012; 29(1).
[file:///C:/Users/usuario/Downloads/2300-15549-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/2300-15549-1-PB%20(1).pdf)
(último acceso 04 de marzo del 2020)
- (19) Willrich J. Factores asociados a la resiliencia de personas con diabetes mellitus. Universidade Federal de Santa Catarina.[Tesis de doctorado]. 2017;
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/193998> (Último

acceso 20 de noviembre del 2018).

- (20) Plascencia J, Castellanos C. Evaluación de la resiliencia en mexicanos diagnosticados con VIH: Un estudio comparativo. *Revista Salud & Sociedad*. 2019; 10(1) <https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00004>. (Último acceso 27 de noviembre del 2019)
- (21) Espín K. Pacientes con diagnóstico de VIH positivo y su capacidad de resiliencia ante los niveles de ansiedad y depresión provocados por la enfermedad en el Hospital San Vicente de Paul Periodo 2016-2017. [Tesis de licenciatura]. Universidad Técnica del Norte. 2017
- (22) Gao, Y., Yuan, L., Pan, B. y Wang, L. Resiliencia y factores asociados entre pacientes chinos diagnosticados con cáncer oral. *Cáncer BMC*. 2019; (1), 447. doi: 10.1186 / s12885-019-5679-0 (Último acceso 5 de febrero del 2020)
- (23) Hu T, Xiao J, Peng J, Kuang X, He B. Relación entre la capacidad de recuperación, apoyo social, así como la ansiedad / depresión de pacientes con cáncer de pulmón: un estudio de observación de la sección transversal. *Revista Cancer research and Therapeutics*. 2018; 14(1) http://www.cancerjournal.net/temp/JCanResTher14172-8134091_223540.pdf. (Último acceso 9 de diciembre del 2018)
- (24) Morocho S. Resiliencia en pacientes con VIH/sida en el área de infectología del Hospital General Enrique Garcés. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Central Del Ecuador. 2019
- (25) Pousa D, Silva L, Vilar M, Chaves E. Resiliencia y adhesión al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *The open Rheumatology Journal*. 2014; 8(1) [https://openrheumatologyjournal.com/VOLUME/8/PAGE/1/#R12\(2014\)](https://openrheumatologyjournal.com/VOLUME/8/PAGE/1/#R12(2014)). (Último acceso 21 de noviembre del 2019)

- (26) Condori M. Factores asociados al nivel de resiliencia en usuarios de la unidad de hemodiálisis del Hospital regional Honorio Delgado. [Tesis de Licenciatura]. Arequipa. UNSA. 2014. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4286/MDcobrm.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Último acceso 23 de enero del 2019)
- (27) Ascencio A. Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo. 2013. [Tesis de licenciatura]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2013.
- (28) Bedón Y. Resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/ SIDA del hospital San Juan Bautista de Huaral. Revista Psique Mag. 2013; (2)1. <http://blog.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/10/10> (Último acceso 23 de noviembre del 2019)
- (29) García del Castillo Rodríguez J, García del castillo López A, López C, Dias P. Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. Revista Health and Addictions. 2016; 16(1). https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54245/1/2016_Garcia-del-Castillo_etal_H&A.pdf (Último acceso 12 de abril del 2018)
- (30) Melillo A, Suarez E, Rodríguez D. compiladores. *Resiliencia y subjetividad: Los ciclos de la vida*. Ediciones Paidós. Buenos Aires; 2004. p. 288-299, 326-327.
- (31) Cyrulnik B, La Maravilla del Dolor. París: Granica, 1999
- (32) Fontes A. Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span). Revista Kairos, caderno tematico 7. 2010.
- (33) Reckziegel J. Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres. [Tese Doutorado em Enfermagem]. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

- (34) Fernandes L, Bermúdez M. Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia psicológica*. 2015; 33(3), <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300009> (Último acceso 7 de febrero del 2020)
- (35) Castillo H, Coronel J, Bonilla A, Mendoza M, Barboza M. Validez y confiabilidad de la Escala de Resiliencia (Scale Resilience) en una muestra de estudiantes y adultos de la Ciudad de Lima. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*. 2016; 5(1).
- (36) Arrogante Óscar. Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index Enferm*. 2015 24(4): 232-235. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300009>. (Último acceso 9 de febrero del 2020)
- (37) Ávila M, Moral J. Predictores de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. *Revista Internacional de Psicología*. 2016; 14(2):3-38.
- (38) Cortés J, La Resiliencia: Una mirada desde la enfermería. *Ciencia y Enfermería*. 2010;(3) https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300004 (Último acceso 9 de febrero del 2020)
- (39) Arraigada F, Jara P. Resiliencia como estrategia para la práctica de enfermería. Una propuesta teórica. *Benessere. Revista de Enfermería*. 2018; 1(1). https://www.researchgate.net/publication/329667156_Resiliencia_como_estrategia_para_la_practica_de_enfermeria_Una_propuesta_a_teorica (Último acceso 9 de febrero del 2020)
- (40) León L. Análisis Económico de la Población. Demografía. Lambayeque, Perú. 2015. <https://web.ua.es/es/giecryal/documentos/demografia-peru.pdf> (Último acceso 9 de febrero del 2020)

- (41) INEI. Clasificador Nacional de Ocupaciones 2015 https://www.inei.gob.pe/media/Clasificador_Nacional_de_Ocupaciones_9_de_febrero.pdf (Último acceso 28 de enero del 2020)
- (42) Comisión Permanente del Congreso de la República. Ley General de Educación – Minedu. <http://www.minedu.gob.pe/comunicado/pdf/normativa-2018/ley-28044/ley-28044-ley-general-de-educacion-24-11-2017.pdf> (Último acceso 10 de diciembre del 2018).
- (43) Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú. Lima. MINSA, OPS. 2005. <https://www.equipu.pe/dinamic/publicacion/adjunto/Determinantessocialesdelasaludenperu-1430861448-6Wp4W.pdf> (Último acceso 25 de junio del 2019)
- (44) Del Rincón B. Resiliencia y educación social. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2016;(70)2. <https://rieoei.org/historico/deloslectores/7379.pdf>. (Último acceso 10 de diciembre del 2018)
- (45) INEI. Perú: Perfil sociodemográfico Informe Nacional. Lima. 2017. Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/cap01.pdf (Último acceso 4 de febrero del 2020)
- (46) González G. Capacidad de resiliencia según tendencia religiosa y género en universitarios. *Revista electrónica de investigación educativa*. 2019; 21 (15) <https://dx.doi.org/10.24320/redie.2019.21.e15.2016> (Último acceso 29 de enero del 2020)
- (47) Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades (CDC). Análisis de situación de salud del Perú, 2018. Biblioteca Nacional del Perú. 2019. https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf (Último acceso 5 de febrero del 2020)

- (48) SIS. *Unidad Estadística*. <http://www.sis.gob.pe/index.asp>. (Último acceso 5 de febrero del 2020)
- (49) Organización Mundial De La Salud (OMS). Género. 2018. <https://www.who.int/topics/gender/es/> (Último acceso 29 de enero del 2019)
- (50) San Román S, Martínez A, Zurita F, Chacón R, Puertas P, González G. Capacidad de resiliencia según tendencia religiosa y género en universitarios. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. 2019; 21(15), doi:10.24320/redie.2019.21.e15.2016 (Último acceso 9 de febrero del 2020)
- (51) Álvarez R, Cáceres H. Resiliencia, rendimiento académico y variables sociodemográficas en estudiantes universitarios de Bucaramanga (Colombia). *Psicología iberoamericana*. 2010; 18(2). <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133915921005.pdf> (Último acceso 9 de febrero del 2020)
- (52) Fínez M, Morán M. La resiliencia y su relación con salud y ansiedad en estudiantes españoles. Una nueva visión de la Psicología: Psicología Positiva. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2015; 1(1). doi:10.17060/ijodaep.2015.n1.v1.90 (Último acceso 9 de febrero del 2020)
- (53) Zurita F, Espejo T, Cofré C, Martínez A, Castro M, Chacón R. Influencia de la actividad física sobre la resiliencia en adultos con dolor de hombro. *Sport TK- Revista Euroamericana de Ciencias del Deporte*. 2016; 5(2).doi:10.6018/264651 (Último acceso 9 de febrero del 2020)
- (54) Caicedo D. Diferencias en la resiliencia según el género y el tipo de terapia psicológica recibida: terapia humanista y terapia cognitivo conductual. Universidad San Francisco de Quito [Tesis de licenciatura]. 2014

- .<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3228/1/000110584.pdf> (Último acceso 9 de febrero del 2019)
- (55) INEI. Glosario de términos. Compendio estadístico provincia constitucional del callao. 2014. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1268/Glosario.pdf (Último acceso 29 de enero del 2019)
- (56) MINSA. Sala de Situación, Perú SE 19–2019, Lima-Perú. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2019/SE202019/01.pdf> (Último acceso 5 de febrero del 2020)
- (57) Gínez M, Astorga M, Urchaga J. Resiliencia psicológica a través de la edad y el sexo. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2019; 4(1). [file:///C:/Users/usuario/Downloads/1513-5001-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/1513-5001-1-PB%20(1).pdf) (Último acceso 9 de febrero del 2020)
- (58) García M, González A, Robles H, Padilla J, Peralta M. Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) en población española. *Anales de Psicología*. 2019 <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.31411>. (Último acceso 9 de febrero del 2020)
- (59) Tsigkaropoulou E, Douzenis A, Tsotas N, Ferentinos P, Liappas I, Michopoulos I. Greek version of the Connor-Davidson Resilience Scale: Psychometric properties in a sample of 546 subjects. *In Vivo*. 2018; 32. doi: 10.21873/invivo.11424. (Último acceso 9 de febrero del 2020)
- (60) Ucha F. Definición ABC. <https://www.definicionabc.com/general/procedencia.php> (Último acceso 5 de febrero del 2020)
- (61) Espinoza A, Fort R. Inversión sin planificación: la calidad de la

- inversión pública en los barrios vulnerables de Lima. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE). 2017. https://www.grade.org.pe/wpcontent/uploads/LIBROGRADE_Inversionsinplanificacio. (Último acceso 5 de febrero del 2020)
- (62) Romero R, Amancio O. (eds.) Manual de infecciones del Aparato Respiratorio. México D.F: Editorial Instituto para el Desarrollo Integral de la Salud; 2014. <http://liomont.com/ManualdeInfeccionesdelAparatoRespiratorioLiomont.pdf>. (Último acceso 17 de abril del 2019)
- (63) Ministerio de Salud (MINSA). Modificatoria de la Norma técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis. 2018 https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/186939/Resolucion_Ministerial_752-2018-MINSA.PDF (Último acceso 17 de abril del 2019)
- (64) Muñoz A, Sánchez H, Verges C, Sotomayor M, López L, Sorokin P. Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la Bioética. *Persona y Bioética*. 2018; 22(2). <http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.10> (Último acceso 5 de febrero del 2020)
- (65) Dasa R, Weldegebreal F, Mesfin F, Asfaw A, Mitiku H, Tesfaye E. Prevalence and associated factors of depression among tuberculosis patients in Eastern Ethiopia. *BMC psychiatry*. 2019; 19(1), 82.
- (66) Balcázar L, Ramírez Y, Rodríguez A. Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *Rev. Esp Med. Quir*. 2015; 20.
- (67) MINSA. Tuberculosis. Dirección General de Salud de las personas. https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=14. (Último acceso 24 de abril del 2018)

ANEXOS

ÍNDICE

ANEXO

A	Operacionalización de la variable	II
B	Matriz de consistencia	IV
C	Instrumento	IX
D	Consentimiento informado	XIII
E	Validación del instrumento - Prueba Binomial	XVI
F	Confiabilidad del instrumento	XVII
G	Tabla de códigos	XVIII
H	Matriz de datos	XX
I	Factores sociodemográficos presentes en los pacientes con tuberculosis que asisten a los Centros de Salud Conde de la Vega Baja y San Sebastián. Lima – Perú. 2019	XXI
J	Factores propios del tratamiento presentes en los pacientes con tuberculosis que asisten a los Centros de Salud Conde de la Vega Baja y San Sebastián. Lima – Perú. 2019	XXIII

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR FINAL
Resiliencia	Es la capacidad de las personas de adaptarse positivamente a eventos adversos como una enfermedad crónica, desastres naturales o conflictos violentos. Logrando salir fortalecidos, comprende cualidades importantes como una comprensión de sí mismo y aceptación de la realidad, y habilidad para ingeniarse alternativas de solución.	COMPETENCIA PERSONAL	PERSEVERANCIA	Autodisciplina iniciativa persistencia	Capacidad del paciente con tuberculosis para resistir al estrés, tolerar la presión del medio social al que es expuesto(no dejarse arrastrar por la discriminación), enfrentar las limitaciones físicas impuestas por la enfermedad, adaptarse a la situación y vivir de forma positiva, asumiendo a su vez adherencia al tratamiento y responsabilidad en el cuidado de su salud. Se considera como dimensiones la competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida. Será medida por medio de una escala Lickert modificada, aplicado mediante encuesta personal, cuyo valor final será catalogado en grado alto y bajo.	BAJO
			CONFIANZA EN SÍ MISMO	Autodependencia seguridad Solidaridad Resistencia		
			SENTIRSE BIEN SOLO	Independencia Actividades en solitario		
		ACEPTACIÓN DE UNO MISMO Y DE LA VIDA	ECUANIMIDAD	Introspección Paciencia		ALTO
			SATISFACCIÓN PERSONAL	Humor Autoestima		

ANEXO B

MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES	REACTIVOS/ITEMS
Resiliencia	Capacidad del paciente con tuberculosis para resistir al estrés, tolerar la presión del medio social al que es expuesto(no dejarse arrastrar por la discriminación), enfrentar las limitaciones físicas impuestas por la enfermedad, adaptarse a la situación y vivir de forma positiva, asumiendo a su vez adherencia al tratamiento y responsabilidad en el cuidado de su salud. Se considera como dimensiones la competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida. Será medida por medio de una escala Lickert modificada, aplicado mediante encuesta personal, cuyo valor final será catalogado en grado alto y bajo.	FACTOR I: COMPETENCIA PERSONAL	Perseverancia	Autodisciplina	1. Realizo mis exámenes médicos de control en la fecha programada. 16. Tomo mis pastillas de manera impuntual.
				Iniciativa	6. Es importante para mí realizar alguna actividad o pasatiempo preferido para pensar menos en mi enfermedad. 2. Cuando no comprendo aspectos relacionados con mi tratamiento pregunto al personal de salud.
				Persistencia	20. Me preocupa que se prolongue por más tiempo mi tratamiento. 22. Aunque no sienta mejoría, continúo cumpliendo mi tratamiento.
			Confianza en sí mismo	Autodependencia	5. Los problemas que dependen de mí trato de resolverlos por mi cuenta antes de pedir ayuda a otros. 17. Si el tratamiento exige dejar de fumar y tomar bebidas alcohólicas entonces lo hago.
				Seguridad	3. Pienso que la enfermedad es más fuerte que yo, y me llegará a vencer. 23. Creer en mí mismo me permite resistir el tiempo que demore en curarme.
				Solidaridad	19. Ayudo, según mis posibilidades, a otros que han enfermado como yo.

					24. Comprendo que otros pacientes requieran de apoyo para superar sus temores.
				Resistencia	14. Soy capaz de enfrentar las dificultades que surjan durante mi recuperación. 18. Siento que me faltan fuerzas para enfrentar mi enfermedad.
			Sentirse bien solo	Independencia	7. Puedo permanecer en soledad y no me siento mal por ello. 9. Es necesario que alguien me acompañe a los controles médicos, de lo contrario no voy.
				Actividades en solitario	12. Mantengo mi tiempo ocupado realizando cosas que me gustan hacer en solitario. 4. Cuando estoy solo(a) todo el día es cuando más pienso en mi enfermedad.
		FACTOR II: ACEPTACION DE UNO MISMO Y DE LA VIDA	Ecuanimidad	Paciencia	13. No me impacienta realizar actividades (paso a paso) con el fin de curarme. 27. Me desespera que no me atiendan en el tiempo que, considero, deberían hacerlo.
				Introspección	11. Me veo como una persona capaz de realizar las actividades que me recomiendan para mi tratamiento. 10. Soy amigo(a) de mí mismo(a) y por lo tanto me acepto tal como soy.
			Satisfacción personal	Humor	25. Me molesto y altero fácilmente desde que me enfermé. 15. Me gusta estar alegre a pesar de las dificultades que pueda tener.

				Autoestima	<p>21. Siento que mi vida es valiosa, por ello es importante que recupere mi salud.</p> <p>26. Me siento la persona menos importante del mundo desde que me enfermé.</p> <p>8. Me siento culpable por padecer esta enfermedad.</p>
FACTORES	<p>Son un conjunto de características de orden social, demográfica y propios del tratamiento de la tuberculosis. Será medido a través de una encuesta.</p>	FACTORES SOCIALES	<p>Ocupación</p> <p>Nivel de educación</p> <p>Estado civil</p> <p>Tipo de familia</p> <p>Hijos</p>		<p>a. Empleado/a</p> <p>b. Obrero/a</p> <p>c. Trabajador/a independiente o por cuenta propia</p> <p>d. Ama de casa</p> <p>e. Estudiante</p> <p>f. Jubilado/pensionista</p> <p>g. Desocupado</p> <p>a. sin nivel</p> <p>b. inicial</p> <p>c. primaria</p> <p>d. secundaria</p> <p>e. superior</p> <p>a. soltero/a</p> <p>b. casado/a</p> <p>c. conviviente</p> <p>d. divorciado/a</p> <p>e. separado/a</p> <p>viudo/a</p> <p>a. ¿con quienes vive usted?</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p>

			Seguro de salud		<ul style="list-style-type: none"> a. Seguro integral de salud(SIS) b. ESSALUD c. Seguro de fuerzas armadas o policiales d. Seguro privado de salud e. Otro seguro f. ninguno
			Religión		<ul style="list-style-type: none"> a. católica b. evangélica c. cristiana d. otra e. ninguna
			Edad		a. ¿Cuántos años tiene usted?
			Género		<ul style="list-style-type: none"> a. Masculino b. Femenino
			Lugar de procedencia		<ul style="list-style-type: none"> a. Lima metropolitana b. Costa c. Sierra d. Selva
			Lugar de residencia		<ul style="list-style-type: none"> a. urbano b. urbano-marginal c. rural
		PROPIOS DEL TRATAMIENTO	Tipo de tuberculosis		<ul style="list-style-type: none"> a. pulmonar b. extrapulmonar

			Tipo de tratamiento Tiempo de tratamiento Reacciones adversas		a. esquema sensible b. esquema resistente ¿Cuánto tiempo está tomando los medicamentos? ¿Ha presentado malestares como náuseas, vómitos, dolor de estómago u otros por tomar los medicamentos?(SI/NO)

ANEXO C
INSTRUMENTO
CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y PROPIOS DEL
TRATAMIENTO

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: ____ años
2. Género: Masculino () Femenino ()
3. Lugar de procedencia
 - a. Lima metropolitana
 - b. Costa
 - c. Sierra
 - d. Selva

Departamento: _____
4. Lugar de residencia
 - a. Urbano (urbanizaciones, avenida principal)
 - b. Urbano – marginal (pueblo joven, asentamiento humano)
 - c. Rural (al margen de los ríos, caserío)
5. Estado civil:
 - a. Soltero/a
 - b. Casado/a
 - c. Conviviente
 - d. Divorciado/a
 - e. Viudo/a
6. Tipo de familia
¿Con quienes vive usted?

7. ¿Tiene hijos?
 1. Si
 2. No
8. Nivel de educación
 - a. Sin nivel
 - b. inicial
 - c. Primaria
 - d. Secundaria

e. Superior

9. Ocupación

- a. Empleado/a
- b. Obrero/a
- c. Trabajador/a Independiente o por cuenta propia
- d. Ama de casa
- e. Estudiante
- f. jubilado
- g. desocupado

10. Religión

- a. Católica
- b. Evangélica
- c. Cristiana
- d. Otra (especifique) _____
- e. Ninguna

11. Aseguramiento de salud

- a. Seguro integral de salud (SIS)
- b. ESSALUD
- c. Seguro de fuerzas armadas o policiales
- d. Seguro privado de salud
- e. Otro seguro
- f. Ninguno

III. FACTORES PROPIOS DEL TRATAMIENTO

- 1. Tipo de tuberculosis : pulmonar () extrapulmonar ()
- 2. Tipo de tratamiento: Esquema sensible () esquema resistente
MDR() XDR()
- 3. ¿cuánto tiempo está tomando los medicamentos?

- 4. Ha presentado malestares como nauseas, vómitos, dolor de
estómago u otros por tomar los medicamentos?
 - 1. Si
 - 2. no

Gracias

ESCALA DE RESILIENCIA

I. INSTRUCCIONES

Lea con atención los siguientes enunciados y responda de acuerdo a lo que usted considera propio a su forma de pensar. Para ello tenga en cuenta las siguientes alternativas y marque solo una como en el siguiente ejemplo:

ITEM	ENUNCIADO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1	Realizo actividades que favorecen mi salud	X			

* Esto significa que la persona está totalmente de acuerdo con el enunciado.

II. DATOS ESPECÍFICOS

ÍTEM	ENUNCIADO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1	Realizo mis exámenes médicos de control en la fecha programada.				
2	Cuando no comprendo aspectos relacionados con mi tratamiento pregunto al personal de salud.				
3	Pienso que la enfermedad es más fuerte que yo y me llegará a vencer.				
4	Cuando estoy solo(a) todo el día es cuando más pienso en mi enfermedad.				
5	Los problemas que dependen de mí trato de resolverlos por mi cuenta antes de pedir ayuda a otros.				
6	Es importante para mí realizar alguna actividad o pasatiempo preferido para pensar menos en mi enfermedad.				
7	Puedo permanecer en soledad y no me siento mal por ello.				
8	Me siento culpable por padecer esta enfermedad.				
9	Es necesario que alguien me acompañe a los controles médicos, de lo contrario no voy.				
10	Soy amigo(a) de mí mismo(a) y por lo tanto me acepto tal como soy.				

11	Me veo como una persona capaz de realizar las actividades que me recomiendan para mi tratamiento.				
12	Mantengo mi tiempo ocupado realizando cosas que me gustan hacer en solitario.				
13	No me impacienta realizar actividades (paso a paso) con el fin de curarme.				
14	Soy capaz de enfrentar las dificultades que surjan durante mi recuperación.				
15	Me gusta estar alegre a pesar de las dificultades que pueda tener.				
16	Tomo mis pastillas de manera impuntual.				
17	Si el tratamiento exige dejar de fumar y tomar bebidas alcohólicas entonces lo hago.				
18	Siento que me faltan fuerzas para enfrentar mi enfermedad.				
19	Ayudo, según mis posibilidades, a otros que se han enfermado como yo.				
20	Me preocupa que se prolongue por más tiempo mi tratamiento.				
21	Siento que mi vida es valiosa, por ello es importante que recupere mi salud.				
22	Aunque no sienta mejoría, continúo cumpliendo mi tratamiento.				
23	Creer en mí mismo me permite resistir el tiempo que demore en curarme.				
24	Comprendo que otros pacientes requieren de apoyo para superar sus temores.				
25	Me molesto y altero fácilmente desde que me enfermé.				
26	Me siento la persona menos importante del mundo desde que padezco la enfermedad.				
27	Me desespera que no me atiendan en el tiempo que, considero, deberían hacerlo.				

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO:

“FACTORES ASOCIADOS A LA RESILIENCIA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LIMA- 2019”

Reciba mi más cordial saludo. Mi nombre es Eliced Galarza Loayza y soy estudiante de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Es grato dirigirme a usted para hacerle saber que estoy realizando un estudio en coordinación con el centro de salud.

¿Para qué firmo el documento?

Lo firma para participar en el estudio.

¿Por qué se está investigando?

Queremos saber cuál es el grado de Resiliencia y si se relaciona con los factores sociales, demográficos y propios del tratamiento en los pacientes. Este estudio nos ayudará a saber las características internas del paciente que predisponen a una alta Resiliencia y que aspectos sociales, demográficos o del tratamiento se relacionan con ella.

¿Qué pasa si acepto participar en el estudio?

Si acepta, le preguntaremos sobre sus características sociales (estado civil, nivel de estudio entre otros) además de una encuesta sobre sus actitudes y forma de pensar en relación a la enfermedad y registraremos sus respuestas. Este estudio no tiene respuestas correctas o incorrectas.

¿Cuánto tiempo me tomara participar en el estudio?

El estudio tomará alrededor de 20 minutos de su tiempo.

¿Quiénes accederán a mis respuestas?

Solo pueden ver sus respuestas quienes trabajan en el estudio. Cuando se comparta los resultados del estudio no incluirá su nombre.

¿Si firmo este documento que quiero decir?

- Se le ha explica la información y se ha contestado todas sus preguntas.

¿Tengo que firmar este documento?

Fírmelo solamente si desea participar en el estudio.

Al firmar este documento está diciendo que:

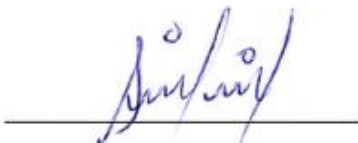
- Está de acuerdo con participar en el estudio.
- Le hemos explicado la información que contiene este documento y hemos contestado todas sus preguntas.

Agradezco su valiosa participación pues será de gran ayuda.

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO. HE QUEDADO SATISFECHO. MIS PREGUNTAS HAN SIDO RESPONDIDAS.

YO, A TRAVÉS DEL PRESENTE DOCUMENTO EXPRESO MI VOLUNTAD DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

Lima, 25 de Juliodel 2019.



Firma del Participante
Apellidos y nombres



Firma del Responsable
del estudio

ANEXO E

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a) Docente: Dra. Francisca V. Edlaucio Padilla

Teniendo como base los criterios que continúan se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3	La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6	Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

Sugerencias:

*Existe en la Calificación del Instrumento
Respecto la edad cronológica de los pacientes.
Objeto de la investigación. Existe deficiencia en el
por medio de actores, entre otros, como actores, en el
En el instrumento del postulado p: título presentación,
instrucciones, datos generales
Contenido*

Fecha de entrega: 8/9/2016

** En la postulación Escala
por observaciones En
Totalmente en desacuerdo*

T D
En desacuerdo D
Indiferente I
De acuerdo A

Dra. Francisca V. Edlaucio Padilla
Francisca V. Edlaucio Padilla
Firma del Juez experto

Procurador General de la Nación
DAG - FFI - UNMSU

ANEXO E
PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	JUECES								VALOR DE P
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,04
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0,04
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0,04
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0,04
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0,04
6	1	1	1	1	1	0	0	1	0,145(*)
7	1	1	1	1	1	1	1	0	0,035

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

(*) Se realizaron las modificaciones en este criterio teniendo en cuenta las recomendaciones de los jueces expertos.

ANEXO F

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Mediante el coeficiente de **confiabilidad de Alfa de Crombach** (α)

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde:

$\sum S_i^2$ = suma de variancias de todos los ítems (preguntas) = 20.674

S_t^2 = varianza de los puntajes totales = 78.758

k = número de ítems (preguntas) del instrumento = 27

$$\begin{aligned} \alpha &= \left(\frac{27}{26} \right) \left(1 - \frac{20.674}{78.758} \right) \\ \alpha &= 0.766 \end{aligned}$$

El coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach cuando es mayor a 0.6 se considera que el instrumento tiene buena confiabilidad. Luego se puede concluir que el instrumento tiene buena confiabilidad.

ANEXO G

TABLA DE CÓDIGOS

FACTORES SOCIALES	CODIGO
ESTADO CIVIL	1
Soltero	0
Casado o conviviente	1
Divorciado o separado	2
TIPO DE FAMILIA	2
Hogar sin núcleo	0
Nuclear (monoparental)	1
Extendido	2
Unipersonal	3
HIJOS	3
No tiene	0
Si tiene	1
NIVEL DE EDUCACION	4
Primaria	1
Secundaria	2
Superior técnico o universitario	3
OCUPACION	5
No (ama de casa, estudiante, jubilado y desocupado)	0
Si (empleado, obrero, trabajador independiente)	1
RELIGION	6
No creyente	0
Creyente	1
ASEGURAMIENTO DE SALUD	7
No tiene	0
Si tiene(estatal o privado)	1

FACTORES DEMOGRÁFICOS	CÓDIGO
EDAD	1
18 – 29 años (Joven)	0
30 -59 años (adulto)	1
60 – mas (adulto mayor)	2
GÉNERO	2
Masculino	0
Femenino	1
LUGAR DE PROCEDENCIA	3
costa	1
sierra	2
selva	3
LUGAR DE RESIDENCIA	4
Urbano - marginal	1
Urbano	2

FACTORES PROPIOS DEL TRATAMIENTO	CODIGO
TIPO DE TB	1
Extrapulmonar	0
Pulmonar	1
TIPO DE TRATAMIENTO	2
Esquema resistente XDR	0
Esquema resistente MDR	1
Esquema sensible	2
TIEMPO DE TRATAMIENTO	4
< De 2 meses	0
2– 6 meses	1
6 - 12 meses	2
>de 1 año	3
REACCIONES ADVERSAS	5
Si	1
No	2

ANEXO H

MATRIZ DE DATOS

		COMPETENCIA PERSONAL																				ACEPTACION DE UNO MISMO Y DE LA VIDA											TOTAL				
PAC	PREG	PERSEVERANCIA						CONFIANZA EN SI MISMO								SENTIRSE BIEN SOLO					SUB	ECUANIMIDAD					SATISFACCION PERSONAL					SUB					
		1	16	6	2	20	22	TOTAL	5	17	3	23	19	24	14	18	TOTAL	7	9	12	4	TOTAL	TOTAL	13	27	11	10	TOTAL	25	15	21	26	8	TOTAL	TOTAL		
1		4	4	4	4	3	4	23	4	4	4	4	4	4	3	31	3	4	4	3	14	68	2	3	4	4	13	3	4	4	4	4	19	32	100		
2		4	1	4	2	4	4	19	4	4	4	4	4	4	4	32	1	4	4	4	13	64	4	3	4	4	15	4	4	4	4	1	17	32	96		
3		2	4	4	2	2	1	15	3	3	4	4	2	4	4	2	26	4	3	3	1	11	52	4	3	4	4	15	3	3	4	2	1	13	28	80	
4		4	2	3	4	2	4	19	2	1	4	4	4	4	4	1	24	2	1	4	3	10	53	4	2	4	4	14	3	4	4	1	2	14	28	81	
5		4	1	2	4	1	4	16	4	4	3	3	3	4	3	2	26	1	4	4	1	10	52	2	1	3	2	8	2	2	3	2	4	13	21	73	
6		4	3	2	3	3	4	19	2	4	4	4	3	4	4	4	29	4	3	3	4	14	62	4	3	4	4	15	4	4	4	4	4	20	35	97	
7		4	4	4	3	3	4	22	2	2	4	3	3	4	3	3	24	2	4	3	3	12	58	2	3	2	4	11	3	4	4	4	3	18	29	87	
8		4	4	3	4	3	4	22	3	4	4	4	2	4	4	4	29	3	4	3	4	14	65	4	3	4	4	15	4	3	4	4	3	18	33	98	
9		4	4	1	4	1	2	16	4	2	4	4	2	4	4	3	27	3	4	4	3	14	57	4	3	4	4	15	3	3	4	3	3	16	31	88	
10		4	2	3	4	3	4	20	4	4	4	4	4	4	4	4	32	4	3	3	4	14	66	4	3	4	4	15	3	4	2	4	4	17	32	98	
11		4	4	4	2	3	1	18	4	4	4	4	4	4	4	1	29	1	4	4	3	12	59	4	1	4	4	13	3	3	4	4	4	18	31	90	
12		4	4	4	4	2	4	22	4	4	3	4	4	4	4	3	30	2	4	2	1	9	61	2	3	4	4	13	2	4	4	3	3	16	29	90	
13		4	4	4	4	3	4	23	3	4	1	4	4	4	4	4	28	1	1	4	4	10	61	3	4	4	4	15	4	4	1	4	1	14	29	90	
14		4	4	1	2	3	4	18	3	4	4	4	4	4	4	4	31	2	4	1	4	11	60	4	3	4	2	13	2	2	4	2	4	14	27	87	
15		4	1	3	4	2	4	18	4	4	4	4	3	4	3	2	28	1	1	1	3	6	52	4	4	4	3	15	4	4	4	4	2	18	33	85	
16		4	4	4	4	2	4	22	3	4	4	3	3	4	4	4	29	4	3	4	4	15	66	4	3	4	4	15	3	4	4	4	4	19	34	100	
17		4	2	2	2	1	4	15	4	4	3	3	2	3	3	3	25	2	1	2	2	7	47	4	3	4	2	13	2	2	4	3	1	12	25	72	
18		4	4	2	2	1	4	17	2	4	3	4	4	4	3	4	28	1	4	3	4	12	57	3	2	4	4	13	4	2	4	3	4	17	30	87	
19		4	4	4	4	1	4	21	4	4	4	4	4	4	4	4	32	1	4	4	4	13	66	4	4	4	4	16	4	4	4	4	4	20	36	102	
20		2	1	4	3	1	4	15	4	2	4	3	4	4	2	4	27	1	4	1	3	9	51	1	2	4	4	11	2	4	4	4	3	17	28	79	
21		4	4	4	4	4	4	24	4	4	4	4	4	4	4	4	32	2	4	4	4	14	70	3	2	4	4	13	4	4	4	4	4	20	33	103	
22		4	4	4	2	4	4	22	4	4	4	4	3	4	4	4	31	1	4	4	4	13	66	3	4	4	4	15	3	3	4	4	4	18	33	99	
23		4	4	3	4	4	4	23	4	4	4	4	4	4	4	4	32	1	4	4	4	13	68	4	4	4	4	16	4	4	4	4	4	20	36	104	
24		4	4	2	3	2	1	16	4	4	4	4	4	4	4	4	32	4	4	3	3	14	62	4	3	4	4	15	3	4	4	4	3	18	33	95	
25		4	1	4	4	3	4	20	1	4	4	4	3	4	4	4	28	2	4	4	3	13	61	4	3	4	4	15	3	4	4	4	3	18	33	94	
26		4	3	2	4	3	4	20	3	3	4	4	4	3	4	4	29	2	4	2	3	11	60	3	2	3	4	12	4	4	4	4	1	17	29	89	
27		4	3	3	4	1	4	19	4	4	3	3	4	3	3	2	26	3	4	2	1	10	55	3	2	3	4	12	1	3	4	1	1	10	22	77	
28		4	1	3	3	2	4	17	3	4	2	4	3	3	4	1	24	3	4	2	2	11	52	4	2	4	3	13	2	4	4	3	3	16	29	81	
29		4	4	2	4	3	4	21	2	4	4	4	2	4	4	4	28	2	4	3	4	13	62	4	4	4	4	16	4	4	4	4	4	20	36	98	
30		4	4	2	4	2	4	20	3	4	4	4	3	4	4	4	30	4	4	3	4	15	65	4	3	4	4	15	4	4	4	4	3	19	34	99	
31		4	4	4	2	3	4	21	2	4	4	3	3	3	2	3	24	1	4	1	4	10	55	3	4	4	4	15	4	4	4	4	3	19	34	89	
32		4	1	2	4	3	2	16	3	4	3	4	2	4	4	3	27	4	4	2	3	13	56	4	4	4	4	16	3	3	4	1	4	15	31	87	
33		3	3	4	4	4	4	22	3	4	4	4	4	4	4	4	31	4	2	3	4	13	66	2	4	4	3	13	4	4	4	4	4	20	33	99	
34		4	1	4	4	4	4	21	4	4	4	4	4	4	4	4	32	4	4	4	4	16	69	4	1	4	4	13	4	4	4	4	4	20	33	102	
35		4	1	1	4	3	3	16	2	1	4	4	2	4	4	2	23	3	1	4	3	11	50	4	3	3	4	14	1	4	3	4	1	13	27	77	
36		4	2	3	4	1	4	18	2	3	4	3	2	4	4	3	25	2	3	3	3	11	54	4	3	4	4	15	3	4	4	4	4	19	34	88	
37		3	4	2	4	1	1	15	4	4	4	4	4	4	4	4	32	4	4	4	4	16	63	1	4	4	4	13	4	4	4	4	4	20	33	96	
TOTAL							711									1053						447	2211						514						632	1146	3357

ANEXO I

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS PRESENTES

EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE

ASISTEN A LOS CENTROS DE SALUD

CONDE DE LA VEGA BAJA Y

SAN SEBASTIÁN

LIMA - PERÚ

2019

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	N°	%
Ocupación		
Si	18	49%
No	19	51%
Nivel de educación		
Primaria	4	11%
Secundaria	26	70%
Superior	7	19%
Estado Civil		
Soltero	25	67%
Conviviente	8	22%
Separado	4	11%
Tipo de familia		
Hogar sin núcleo	8	22%
Nuclear	16	43%
Extendido	7	19%
Unipersonal	6	16%
Hijos		
Si	18	49%
No	19	51%
Seguro de Salud		
Si	33	90%
No	4	10%
Religión		
Creyente	35	95%
No creyente	2	5%

ANEXO I

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS PRESENTES EN

LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE

ASISTEN A LOS CENTROS DE SALUD

CONDE DE LA VEGA BAJA Y

SAN SEBASTIÁN

LIMA - PERÚ

2019

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	N°	%
Edad		
18 a 29 años	16	43%
30 a 59 años	16	43%
60 años a más	5	14%
Género		
Masculino	22	59%
Femenino	15	41%
Lugar de procedencia		
Costa	31	84%
Sierra	5	14%
Selva	1	2%
Lugar de residencia		
Urbano	28	76%
Urbano marginal	9	24%

ANEXO J

FACTORES PROPIOS DEL TRATAMIENTO PRESENTES

EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE

ASISTEN A LOS CENTROS DE SALUD

CONDE DE LA VEGA BAJA

Y SAN SEBASTIÁN

LIMA-PERÚ

2019

FACTORES PROPIOS DEL TRATAMIENTO	N°	%
Tipo de tuberculosis		
TB pulmonar	33	89%
TB extrapulmonar	4	11%
Tipo de tratamiento		
Esquema sensible	24	65%
Esquema resistente MDR	12	32%
Esquema resistente XDR	1	3%
Tiempo de tratamiento		
< 2 meses	9	24%
2 a 6 meses	14	38%
6 a 12 meses	7	19%
Más de 1 año	7	19%
Reacciones adversas		
Si	21	57%
No	16	43%